

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1913-1914. — N° 81

---

**L'ARTHROTYPHUS**  
ET LES  
**COMPLICATIONS ARTICULAIRES**  
**DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Joseph LEGLER**

Né le 10 Juillet 1888, à Verdun (Meuse),

Ancien externe des Hôpitaux de Paris,

Elève à l'École du Service de Santé Militaire.



**LYON**

**A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ**

**4, RUE GENTIL, 4**

**Décembre 1913**





Digitized by the Internet Archive  
in 2026



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1913-1914. — N° 81

---

# L'ARTHROTYPHUS

ET LES

## COMPLICATIONS ARTICULAIRES

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Joseph LEGLER**

Né le 10 Juillet 1888, à Verdun (Meuse),

Ancien externe des Hôpitaux de Paris,

Elève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—  
Décembre 1913

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ . . . . . DOYEN.  
J. COURMONT . . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,  
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

## PROFESSEURS

|                                                           |                |
|-----------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                             | MM. TEISSIER   |
|                                                           | ROQUE          |
|                                                           | BARD           |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                          | X...           |
|                                                           | X...           |
| Clinique obstétricale et Accouchements . . . . .          | FABRE          |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                        | ROLLET         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . . | NICOLAS        |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                  | LÉPINE (J.)    |
| Clinique des maladies des enfarts . . . . .               | WEILL          |
| Clinique des maladies des femmes . . . . .                | POLLOSSON (A.) |
| Physique médicale . . . . .                               | CLUZET         |
| Chimie médicale et pharmaceutique . . . . .               | HUGOUNENQ      |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                 | MOREL          |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                   | MOREAU         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .    | GUIART         |
| Anatomie . . . . .                                        | TESTUT         |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                 | RENAUT         |
| Physiologie. . . . .                                      | MORAT          |
| Pathologie interne. . . . .                               | COLLET         |
| Pathologie et Thérapeutiques générales . . . . .          | LESIEUR        |
| Anatomie pathologique. . . . .                            | PAVIOT         |
| Médecine opératoire . . . . .                             | POLLOSSON (M.) |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .              | COURMONT (P.)  |
| Médecine légale. . . . .                                  | ETIENNE MARTIN |
| Hygiène : . . . . .                                       | COURMONT (J.)  |
| Thérapeutique . . . . .                                   | PIC            |
| Pharmacologie . . . . .                                   | FLORENCE       |

## PROFESSEURS ADJOINTS

|                                                      |           |
|------------------------------------------------------|-----------|
| Physiologie, cours complémentaire . . . . .          | MM. DOYON |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . . | LANNOIS   |
| Pathologie externe. . . . .                          | VALLAS    |
| Maladies des voies urinaires . . . . .               | ROCHET    |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                   |                 |         |
|---------------------------------------------------|-----------------|---------|
| Chimie minérale . . . . .                         | MM. BARRAL,     | agrégé. |
| Propédeutique chirurgicale . . . . .              | BÉRARD,         | —       |
| Propédeutique de gynécologie . . . . .            | CONDAMIN,       | —       |
| Chirurgie infantile . . . . .                     | NOVE-JOSSERAND, | —       |
| Accouchements . . . . .                           | COMMANDEUR,     | —       |
| Embryologie . . . . .                             | LATARJET,       | —       |
| Anatomie topographique . . . . .                  | PATEL,          | —       |
| Botanique . . . . .                               | BRETIN,         | —       |
| Chirurgie expérimentale . . . . .                 | VILLARD,        | —       |
| Clinique infantile . . . . .                      | MOURIQUAND,     | —       |
| Déontologie et médecine professionnelle . . . . . | X. ,            | —       |

## AGRÉGÉS

|               |                 |              |                   |
|---------------|-----------------|--------------|-------------------|
| MM.           | MM.             | MM.          | MM.               |
| BARRAL        | LATARJET        | MOURIQUAND   | FROMENT           |
| COMMANDEUR    | BRETIN          | ARLOING (F.) | THEVENOT (Lucien) |
| NEVEU-LEMAIRE | LERICHE         | GUILLEMARD   | PIERY             |
| LAROYENNE     | THEVENOT (Léon) | POLICARD     | COTTE             |
| VORON         | TAVERNIER       | GARIN        | DUROUX            |
| NOGIER        | CADE            | SAVY         |                   |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. J. COURMONT, *Président*; LESIEUR, *Assesseur*;

MM. SAVY et FROMENT, *Agrégés*.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

## A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

### A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de mon infinie  
reconnaissance et de ma profonde ten-  
dresse.*

### A MON GRAND-ONCLE

#### **M. le Chanoine LANDMANN**

Aumônier du Lycée de Bar-le-Duc,  
Officier de l'Instruction publique.

*A ce premier maître, qui fut pour moi  
comme un second père, j'adresse ici  
l'hommage de ma vive gratitude et de  
ma profonde affection.*

### A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

### A MES TANTES

### A MES PARENTS. — A MES AMIS



A notre Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. COURMONT

*Il a bien voulu accepter la présidence de  
notre thèse. Nous lui exprimons notre  
respectueuse reconnaissance pour le grand  
honneur qu'il nous fait.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LESIEUR

*Nous le remercions de l'honneur qu'il nous  
a fait en acceptant de faire partie de notre  
jury.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAVY

*A qui nous devons l'idée de ce travail, il a  
guidé nos recherches et ne nous a pas  
ménagé ses conseils, ni son temps. Nous  
l'assurons de notre plus profonde recon-  
naissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FROMENT

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. THIBIERGE

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,  
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Nous tenons à le remercier de la bienveil-  
lance qu'il nous a toujours témoignée.*

A MES MAITRES

**des Facultés de Paris et de Lyon**

A MES MAITRES

**de l'École du Service de Santé Militaire**

A MES AMIS

**Les D<sup>rs</sup> J. ROY et Th. GROSJEAN**

# L'ARTHROTYPHUS

ET LES

## COMPLICATIONS ARTICULAIRES

### DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

---

## CHAPITRE PREMIER

### INTRODUCTION

Dans le cours de l'année dernière un cas type absolument net d'arthrotypus se présenta à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur J. Courmont.

Mon excellent maître, M. le professeur agrégé Savy, auquel nous ne saurions assez témoigner notre profonde reconnaissance, nous manifesta le désir de nous voir faire de l'arthrotypus en particulier et des complications articulaires de la fièvre typhoïde en général, l'objet de notre thèse. C'est le résultat de nos recherches que nous rapporterons ici.

Les cas sont nombreux de manifestations articulaires développées au cours de la dothiéntérie, mais toutes ne présentent pas le même tableau clinique et leur pathogénie est bien souvent différente.

Dans toutes les fièvres éruptives, il est de règle

d'observer des inflammations et même des suppurations articulaires. Le rhumatisme scarlatin, les grandes suppurations de la variole ont été le sujet de nombreux travaux ; les complications articulaires de la rougeole, plus rares cependant, ont éveillé elles aussi l'attention des cliniciens durant ces dernières années.

Si nous passons en revue les autres maladies infectieuses, nous constatons que toutes provoquent des désordres plus ou moins graves du côté des articulations. La blennorrhagie vient en première ligne, puis la diphtérie, la pneumonie, etc.

La fièvre typhoïde ne fait pas exception à cette règle et nous verrons que ses complications articulaires, quoique rares, n'en existent pas moins et présentent un intérêt diagnostique et thérapeutique évident. Les observations de manifestations articulaires rapportées par les divers auteurs diffèrent beaucoup les unes des autres ; leur tableau clinique, leur mode d'apparition et surtout leur pronostic sont éminemment variables. Pour les étudier avec profit, nous serons obligé, à la suite des auteurs classiques, de les répartir en un certain nombre de *formes*. C'est ainsi que nous étudierons :

- 1° Les polyarthrites suppurées et pyohémiques ;
- 2° Les arthrites monoarticulaires ;
- 3° Les polyarthrites séreuses.

Dans cette dernière forme, nous ferons une place à part aux polyarthrites survenant avant tout symptôme d'origine typhique et auxquelles Robin et Leredde ont donné à juste titre le nom d'arthrotrophus.

Son tableau clinique est identique à celui du rhumatisme articulaire aigu, d'où la difficulté du diagnostic au début. Certains auteurs ont voulu voir dans ces cas une coïncidence de rhumatisme franc et de fièvre typhoïde, nous examinerons dans ce travail les observations et verrons ce qu'il nous faut penser de cette conception.

---

## CHAPITRE II

### HISTORIQUE

Avant la thèse de Bourcy, parue en 1883, nous n'avons que des renseignements très insuffisants sur les arthrites d'origine typhique. Les auteurs classiques Chomel, Griesinger en parlent à peine. E. Bazin, en 1834, avait cependant décrit dans sa thèse une affection typhoïde arthritique, forme qui, nous le verrons, présente quelque intérêt.

Bouillaud, dans son *Traité du Rhumatisme*, paru en 1841, rapporte un cas d'arthrite survenu au cours d'une dothiéntérie. Roser, en 1857, incrimine la fièvre typhoïde dans quelques cas de luxation spontanée mais c'est en Amérique que parut la première étude importante sur cette question. En 1877, en effet, William Keen publiait un rapport très documenté avec nombreuses observations à l'appui, sur les complications et les séquelles d'ordre chirurgical de la fièvre typhoïde.

Quelques cas isolés sont signalés de temps à autre par différents cliniciens, mais ce n'est qu'en 1883 que Bourcy, dans sa thèse, présente une étude d'ensemble très fouillée sur les arthropathies des maladies infec-

tieuses, étude où il consacre un chapitre à celles de la fièvre typhoïde et dont il rapporte quelques observations. Les arthropathies de la fièvre typhoïde ont acquis désormais droit de cité dans la littérature médicale et Panas dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, Ollier, dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* consacrent quelques lignes aux arthrites typhiques.

Deux ans après le travail de Bourcy, Fouque donnait plus d'ampleur à la question en consacrant sa thèse aux seules arthropathies de la fièvre typhoïde et, au sujet de deux cas auxquels Robin et Leredde donneront plus tard le nom d'arthrotyphus, il pose nettement le problème de la coïncidence possible du rhumatisme articulaire aigu et de la dothiéntérie, problème que, du reste, il résout par la négative.

A la suite des travaux de Fouque, les observations se multiplièrent.

De Lapersonne, dans sa thèse d'agrégation en 1886, consacre une étude spéciale aux arthropathies de la fièvre typhoïde et soulève avec Frænkel le problème des infections secondaires, qui venait compliquer la conception si simple de Bouchard sur les pseudo-rhumatismes infectieux dont Bourcy s'était fait le protagoniste.

Marfan, reprenant les idées de de Lapersonne, déclarait peu après (*Gaz. des Hôp.*, 18 février 1888) : « Les accidents articulaires qui surviennent au cours ou au déclin d'une maladie infectieuse (étant mise de côté la coïncidence possible, mais très rare, d'une maladie infectieuse et d'un rhumatisme vrai) relèvent,

soit du principe pathogène de cette maladie, soit du principe pathogène d'une infection secondaire surajoutée à l'infection primordiale, cette infection secondaire étant habituellement la pyohémie, mais pouvant être la diphtérie, la pneumonie, etc... »

De nombreux travaux parurent encore sur les complications articulaires de la dothiéntérie et particulièrement sur les arthrites suppurées, tels ceux de Danlos, de Degez, de Bosnières, de Florange et de Mauclair en France, de Freyhan en Allemagne.

En 1894, Robin et Leredde étudièrent une forme clinique spéciale et désignèrent sous le nom d'arthrotyphus les manifestations articulaires du début de la dothiéntérie. Le nom fit fortune, mais les observations restèrent rares. En 1901, MM. Barjon et Lesieur rapportèrent l'observation d'une septicémie éberthienne à forme d'arthrotyphus. En 1903, M. Lesieur publiait un nouveau cas.

En 1905, MM. Breton et Vansteenberghé firent une étude bactériologique et expérimentale des arthrites typhiques.

Plus récemment, en 1911, M. Larue, de Nancy, consacrait sa thèse à l'étude des complications articulaires de la dothiéntérie, mais il y est à peine question de l'arthrotyphus.

Il nous faut enfin citer le *Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert dans lequel Vidal a décrit les pseudo-rhumatismes infectieux et Brouardel et Thoinot ont étudié la fièvre typhoïde.

## CHAPITRE III

### CLASSIFICATION

Avant d'étudier en détail les complications articulaires de la fièvre typhoïde, il nous faut jeter un coup d'œil d'ensemble sur les différentes formes qu'elles affectent. Ne nous attendons pas, en effet, à trouver partout une même unité clinique et pathogénique ; ces complications sont essentiellement polymorphes ; aussi ne prétendrons-nous pas établir une classification immuable ; elle aura la valeur de toutes les classifications nosologiques dont les limites ne peuvent être nettement tranchées et dont il existe des formes de passage reliant entre elles les diverses formes ou variétés qui ont été établies.

Keen qui, en 1877, publia la première étude d'ensemble sur les complications articulaires de la fièvre typhoïde avait déjà jeté les bases d'une classification :

« Les affections articulaires, disait-il, sont tantôt étendues à un plus ou moins grand nombre de jointures et revêtent alors le caractère rhumatismal ou pyohémique, tantôt limitées à une seule jointure ; ces dernières sont les plus importantes : elles occupent les

grandes articulations comme l'épaule, le cou-de-pied et surtout la hanche ; peu douloureuses en général, ces arthrites s'accompagnent d'un gonflement modéré ; la luxation spontanée en est la terminaison la plus fréquente. » Ces trois formes, rhumatoïde, pyohémique et monoarticulaire serviront de base à notre classification et nous distinguerons :

1° Une *polyarthrite subaiguë* apparaissant dans la plupart des cas durant le deuxième ou le troisième septénaire et se manifestant par des douleurs très vives au niveau des articulations ; celles-ci sont le siège d'une tuméfaction variable ; la peau est rouge, tendue ; la température locale est augmentée ; bref, on se trouve en présence de tous les symptômes d'un rhumatisme articulaire ;

2° Une *monoarthrite séreuse ou suppurée*, dont le siège de prédilection est la hanche, succède parfois à la forme précédente ; elle présente une fixité remarquable, une durée très longue ; les lésions qu'elle occasionne sont assez graves pour qu'elles puissent provoquer soit l'ankylose, soit la luxation spontanée.

3° Une *mono ou polyarthrite suppurée* survenant très rarement dans les débuts de la dothiéntérie ; le plus souvent elle apparaît vers le troisième septénaire et est alors le plus souvent la localisation secondaire d'une pyohémie d'origine interne (ulcérations intestinales) ou externe (abcès superficiels, escarres).

Marfan avait adopté en partie la classification de Volkmann et distinguait :

1° Une polyarthrite subaiguë ; celle-ci ne se mani-

festant que par des douleurs très vives dans la continuité des membres, se localisant ensuite dans les jointures et disparaissant en quelque temps.

2° Une monoarthrite pouvant aboutir à l'ankylose ou à la luxation spontanée.

3° Une arthrite pyohémique due à l'infection purulente survenant le plus souvent vers le troisième septénaire.

Cette classification, comme l'a fait d'ailleurs remarquer Larue, présente quelques lacunes.

Marfan, en effet, ne donne comme symptômes des polyarthrites du premier groupe que les douleurs vives disparaissant sans laisser de trace. Or, les cas de polyarthrites subaiguës sont nombreux où l'on a relevé, en dehors de ces symptômes subjectifs, les signes d'un épanchement avec rougeur et tuméfaction, en un mot les symptômes propres d'un rhumatisme franc.

D'autre part, dans cette classification il n'est nullement question des cas, très rares il est vrai, de polyarthrites suppurées survenant dès le premier septénaire.

## CHAPITRE IV

### FORMES CLINIQUES

Nous passerons en revue dans ce chapitre les différentes formes cliniques que nous venons d'énumérer ; nous en présenterons quelques observations où nous mettrons en lumière les principaux symptômes à l'aide desquels nous nous efforcerons d'ébaucher un tableau clinique.

Avant d'aborder cette étude, il nous faut dire quelques mots d'une forme que E. Bazin qualifia d'*arthritique* et à laquelle conviendrait mieux le terme d'*arthralgique*. Elle représente l'expression la plus atténuée de la polyarthrite séreuse. Dans cette variété, Bazin faisait rentrer les cas assez nombreux où la fièvre typhoïde débute par des douleurs dans les membres et plus particulièrement au voisinage des articulations. Ces douleurs peuvent être très atténuées et passent souvent inaperçues, dissimulées qu'elles sont par l'état de prostration du malade et par d'autres symptômes typhiques qui concentrent sur eux toute l'attention. Ces douleurs, plus ou moins localisées, peuvent se rencontrer aussi au cours de la dothiéntérie.

Potier, dans les *Archives des Maladies de l'Enfance*, rapporte le cas d'un enfant de treize ans qui, au vingt-sixième jour d'une fièvre typhoïde, présenta une nouvelle élévation de température et accusa au niveau de plusieurs articulations des douleurs très vives, spontanées et provoquées. Il n'y avait ni rougeur, ni gonflement, et l'enfant était guéri après cinq à six jours.

Quelques auteurs ont tenté de rattacher à cette forme arthritique l'arthrotypus, mais son apparition dès le début, sa localisation articulaire plus évidente, ses symptômes objectifs très accusés en font une variété clinique toute particulière et méritant une place à part dans notre étude.

Nous n'accorderons donc à cette forme arthritique qu'une importance tout à fait secondaire, car nous n'envisagerons dans cette étude que les cas où il y a un manifestement des phénomènes articulaires, et nous laisserons de côté le cas où il est impossible de faire la part de ce qui revient à l'articulation ou aux muscles.

## 1. ARTHRITES SÉREUSES

Conformément au plan que nous nous sommes tracé, nous envisagerons tout d'abord les arthrites séreuses. Leur pronostic est en général bénin, mais pour leur mode de début, leur aspect clinique et particulièrement leur absence de suppuration, elles présentent une grande analogie avec les arthrites du rhumatisme articulaire aigu et c'est ce qui en fait

leur intérêt diagnostique et pathogénique. Longtemps ces arthrites séreuses furent méconnues et attribuées à un rhumatisme articulaire, alors même que déjà, après Bouillaud et Bouchard, on avait reconnu l'existence de pseudo-rhumatismes infectieux, mais dans ce groupe on n'avait fait encore rentrer que les arthrites suppurées.

Nous envisagerons ces arthrites séreuses suivant leur date d'apparition. C'est ainsi qu'en premier lieu nous étudierons l'arthrotyphus, forme très spéciale apparaissant comme symptôme initial de la dothiéntérie, puis les arthrites séreuses survenant au cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. En dernier lieu, nous envisagerons les cas où ces arthrites sont apparues quelque temps avant la dothiéntérie ou, pour mieux dire, les cas où, après une attaque de rhumatisme franc et pendant la convalescence de celle-ci, le sujet contracte une fièvre typhoïde.

**a) Arthrites séreuses survenant au début. — Arthrotyphus.**

C'est à Robin et Leredde, comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré à l'histoire, que nous devons le terme d'*arthrotyphus* sous lequel ils désignaient les cas où la dothiéntérie se démasque au cours d'une polyarthrite pseudo-rhumatismale.

Ils en proposaient de même une classification. Dans un premier groupe, ils faisaient rentrer les petites ostéoarthrites des extrémités ; dans le second, les arthrites séreuses. Un troisième groupe, enfin,

devait englober les grandes arthrites suppurées du début.

Au sujet de ce dernier groupe, nous ne partagerons pas la manière de voir de ces auteurs. Ces arthrites suppurées du début, très rares, ne sont pas le symptôme initial ; les observations rapportées, l'une par Bouillaud, l'autre par A. Robin, concernent des cas où les arthrites ont fait leur apparition, l'une au quatrième jour, l'autre au cinquième jour de la maladie.

Avec notre maître M. Savy, nous ne ferons donc rentrer dans l'arthrotyphus que les fluxions articulaires séreuses sans suppuration, empruntant le tableau clinique du rhumatisme articulaire et apparaissant avant tout symptôme de dothiéntérie.

Les observations d'arthrotyphus sont peu nombreuses et encore sont-elles parfois très insuffisantes. Cette forme cependant, nous en sommes persuadé, est moins rare qu'on le pense généralement, mais longtemps les cliniciens, n'ayant pas à leur disposition le laboratoire, ont vu dans ces cas des manifestations du rhumatisme articulaire aigu vrai.

Bien des cas d'arthrotyphus ont été étiquetés tantôt rhumatisme articulaire à forme typhoïde, tantôt fièvre typhoïde à forme rhumatismale ; dans d'autres cas enfin, les cliniciens n'ont voulu voir qu'une coïncidence du rhumatisme vrai avec la dothiéntérie. Nous verrons, dans le chapitre réservé au diagnostic, ce que nous devons penser de cette coïncidence. Avant d'esquisser un tableau clinique de ces formes, nous étudierons les différentes observations qui en ont été publiées.

Le premier cas que nous ayons relevé dans la littérature médicale est une observation très brève que rapporte le médecin inspecteur Daga dans son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde survenue à Nancy en 1878.

#### OBSERVATION I

(Daga, *Archives de Méd. et Pharm. militaires*, 1882, p. 255).

Un jeune soldat est admis à l'hôpital pour un gonflement considérable du genou gauche et des deux coudes avec élévation thermique intense. Il est arrivé depuis peu à Nancy, venant du département du Nord, et a souffert du froid pendant le voyage, éprouvant en même temps quelques douleurs du côté des membres inférieurs.

On porte le diagnostic de rhumatisme articulaire, mais bientôt on constata tous les signes caractéristiques d'une fièvre typhoïde en même temps que disparaissaient les phénomènes articulaires.

Les mêmes symptômes, élévation de la température, douleur et gonflement, se montrèrent le vingt-troisième jour au niveau du cou-de-pied droit, alors que commençait la défervescence de la dothiéntérie.

Un autre cas est rapporté par Griesinger en 1877. La maladie débuta par une tuméfaction spontanée qui se comporta exactement comme celle d'un rhumatisme, la tuméfaction disparut et une fièvre typhoïde se déclara.

Les deux observations suivantes, recueillies par Fouque dans le service de C. Sée, ont été prises avec plus de soin.

OBSERVATION II

(In thèse de Fouque, Paris, 1884-1885).

La nommée L... Céline, âgée de trente-neuf ans, domestique, entre, le 18 octobre 1884, salle Sainte-Jeanne, à l'Hôtel-Dieu.

A dix-sept ans, fièvre cérébrale (?)

Deux ou trois attaques de douleurs siégeant surtout à l'épaule gauche et aux deux genoux, l'ayant forcée à garder le lit pendant deux mois, il y a un an. A part cela, pas d'autre maladie.

Seize jours avant son entrée à l'hôpital, la malade se plaignait de douleurs vives au niveau de l'épaule gauche et dans les deux genoux. Ces douleurs auraient été même assez vives pour amener une perte de connaissance, alors que la malade continuait son métier de cuisinière.

Elle avait perdu complètement l'appétit, avait une soif considérable. Pas d'épistaxis ni de diarrhée. A son entrée, elle se plaint des mêmes douleurs localisées au même niveau. Les genoux sont légèrement tuméfiés et douloureux à la pression surtout au niveau des ligaments latéraux externes et internes. Les deux articulations tibio-tarsiennes sont douloureuses à la pression.

Il semblerait aussi y avoir un peu d'hyperesthésie du membre supérieur gauche. La langue est blanche. Plus d'appétit. Soif. Pas de diarrhée. Le ventre n'est pas tuméfié et indolore à la pression. Température : 39.

Pituïte le matin ; tremblement des mains, crampes dans les jambes. Rêves alcooliques.

*Traitement.* — Salicylate de soude, 4 grammes. Pas d'amélioration.

21 octobre. — Le ventre est légèrement gonflé. On y voit quelques taches rosées lenticulaires. Râles ronflants et sibilants dans toute la poitrine, en arrière. Diarrhée. Douleur à droite de l'abdomen, etc.

Traces d'albuminurie.

26 octobre. — Même état, un peu plus adynamique. Muguet dans la bouche.

27 octobre. — Amélioration des douleurs articulaires. Surdité. Etat légèrement déprimé et hébétude générale.

28 octobre. — Taches rosées lenticulaires. Elévation de la température. Ventre gonflé. Presque plus de douleurs articulaires.

29 octobre. — Plus de muguet. Constipation.

1<sup>er</sup> novembre. — Presque plus de bronchite. La température s'abaisse.

15 novembre. — L'alimentation a déjà commencé.

### OBSERVATION III

(In thèse de Fouque, Paris, 1884-1885).

Louis L..., dix-sept ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 10 novembre 1884.

Il se plaint, depuis plusieurs jours, de malaises, de douleurs dans les articulations, est mal en train, a perdu l'appétit.

Gonflement très apparent des jointures, surtout de l'articulation tibio-tarsienne droite et du genou du même côté.

On diagnostique : rhumatisme articulaire aigu et on donne le salicylate à la dose de 4 grammes. Le lendemain, pas de modification.

Pas d'antécédents héréditaires. N'a jamais souffert, jusque-là, des articulations. Pas de maladies antérieures

Le troisième jour, état toujours le même. Le salicylate continué demeure toujours sans effet. L'articulation du genou est très rouge et gonflée. Température : 39.

Le malade paraît être dans un état de prostration complet, on se demande si on ne se trouve pas devant un cas nouveau de fièvre typhoïde   début articulaire.

15 novembre. — Deux taches rosées lenticulaires apparaissent sur le ventre. Température : 39°8.

Le gonflement des articulations commence à diminuer, la douleur est moins forte.

18 novembre. — Retour des articulations à leur état normal, plus de douleur, même à la pression. Râles à la base de la poitrine. Abattement complet. Douleur dans la fosse iliaque droite. Souffle présystolique à la pointe.

A partir de ce moment, les articulations reviennent peu à peu à leur état normal. Le cœur se prend. Le malade guérit de sa dothiéntérie, mais il quitte l'hôpital avec une maladie mitrale et il est déjà revenu deux fois pour cette affection.

En 1901, MM. Barjon et Lesieur rapportent un cas de septicémie éberthienne à forme d'arthrotyphus ; nous n'étudierons cette observation qu'au point de vue seul de l'arthrotyphus, quoique cependant elle présente à d'autres points de vue un intérêt exceptionnel.

#### OBSERVATION IV

(Barjon et Lesieur, *Journ. de Physiol. et de Path. gén.*, 1901, p. 251).

F. G..., dix-sept ans, entre le 11 octobre 1900, en pleine épidémie.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Première attaque de fièvre typhoïde il y a huit ans.

Cécité consécutive.

A onze ans, rhumatisme articulaire aigu avec état typhoïde.

Le 1<sup>er</sup> octobre dernier réapparaissent les phénomènes articulaires, débutant par les pieds, puis s'étendant aux mains. Le malade s'alite le 7 octobre.

Aujourd'hui, ce sont surtout les doigts, les poignets, l'épaule droite, les orteils, les cous-de-pied, les genoux qui sont le siège de douleurs, surtout vives à l'occasion des mouvements. Ces articulations sont chaudes, légèrement tuméfiées, plaques roses sur le dos des mains et autour du cou-de-pied droit.

Face pâle, transpiration abondante.

Langue blanche au centre, rouge sur les bords, trémulante, sèche. Enduit nacré des gencives. Fuliginosités des lèvres. Ventre non douloureux, pas de gargouillement iléo-cæcal. Pas de taches rosées.

Pouls faible régulier à 124. Bruits du cœur assourdis.

Respiration accélérée, bruyante, régulière. Aux poumons, quelques sibilances disséminées.

Dans la journée, délire tranquille; le soir, délire d'action, exigeant la camisole de force.

*Température rectale.* — 40°5 le soir, 39°5 le matin.

*Urines.* — Troubles, foncées, beaucoup d'urates, un peu d'indican, traces d'albumine.

*Traitement.* — Salicylate de soude, 5 grammes.

12 octobre. — Prise de sang et ensemencement.

13 octobre. — L'état typhique s'est accentué. Les douleurs ont à peu près disparu, sauf dans les mouvements communiqués aux cous-de-pied; un peu de rougeur au niveau des malléoles internes des deux côtés. Pouls : 112; 56 respirations à la minute. Température rectale : 39°8 le matin, 40°3 le soir.

15 octobre. — Les phénomènes articulaires ont complètement cédé. L'état typhique persiste. Depuis hier, diarrhée jaune clair, peu abondante. Sur le cou, les épaules et la poitrine quelques taches rosées s'effaçant par la pression. La dyspnée persiste; bronchite diffuse intense.

Pouls : 120, dicrote; bruits du cœur de plus en plus sourds.

16 octobre. — Douleur dans les mouvements provoqués aux poignets, au cou-de-pied gauche, au genou droit. La

céphalalgie qui existe depuis le 4 octobre s'est accentuée. La diarrhée persiste. Le délire cède. L'agitation disparaît. Pouls : 108 ; température rectale : 39°8 le matin, 40°1 le soir. Sérodiagnostic positif à 1/40<sup>e</sup>, on supprime le salicylate. Les bains froids, déjà employés comme calmants, sont donnés d'une façon régulière toutes les trois heures.

17 octobre. — La céphalée disparaît, la bronchite diminue, le ballonnement augmente.

18 octobre. — L'excitation diminue et fait place à la somnolence. Expectoration purulente peu abondante. Respiration courte superficielle. Submatité aux deux bases ; râles sonores disséminés. Sueurs abondantes. Douleurs spontanées dans les deux pieds ; les mouvements communiqués ne sont très douloureux qu'au niveau des gros orteils. Bruits du cœur assourdis. Pouls : 120. Température rectale : 40°6 le soir.

20 octobre. — Les phénomènes articulaires n'existent plus qu'au poignet droit, le malade se sent un peu mieux. Cependant, diarrhée aqueuse intense, météorisme abdominal. Disque épais d'albumine dans les urines.

21 octobre. — Adynamie plus accusée, on suspend les bains.

23 octobre. — Délire plus accentué. Pouls : 128, inégal. Température rectale : 39°5 le matin, 39°8 le soir.

26 octobre. — Diarrhée jaune foncé de plus en plus abondante.

27 octobre. — Le délire a diminué, mais la torpeur a augmenté. Les phénomènes articulaires ont disparu. Le pouls est faible à 136. Température rectale : 38°9 le soir.

28 octobre. — Augmentation de la torpeur et de la dyspnée. Mort en asphyxie.

A l'autopsie, on constate l'absence des lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde au niveau de l'intestin, de la rate et des ganglions mésentériques.

Au niveau du cœur, une symphyse totale du péricarde. Aucune lésion articulaire.

L'examen direct du sang a été négatif.

Le sangensemencé a fourni des cultures de bacille d'Eberth.

#### OBSERVATION V

(M. Lesieur, *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1903).

Jean V..., trente-deux ans, gardien de la paix.

Pas d'antécédents héréditaires.

Parmi les *antécédents personnels*, on relève : à dix-huit ans, une attaque de *rhumatisme articulaire subaigu* sans phénomènes généraux, ayant duré quatre ou cinq jours ; au régiment, une néphrite aiguë ; à trente ans, une attaque de *lumbago*.

L'*affection actuelle* a débuté assez brusquement, le 14 juin 1902, à la suite de surmenage et de refroidissement (au dire du malade) ; les deux tibio-tarsiennes étaient le siège de vives douleurs avec gonflement, un peu de rougeur et de chaleur, une anorexie complète. Température rectale : 38°3. Pouls : 96. Un médecin fit le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu et ordonna quatre cachets de salicylate de soude de 1 gramme.

16 juin. — Les genoux, les épaules, les coudes, les poignets se sont pris successivement. On donne, outre les cachets, 3 grammes d'antipyrine en potion.

18 juin. — Les symptômes articulaires ne se sont pas amendés : le moindre mouvement arrache des cris au malade.

Des plaques rosées ont apparu au dos des mains et des pieds.

De plus, le malade est très agité, délire un peu le soir.

Il n'a pas eu de selle depuis le début de sa maladie et présente un météorisme assez marqué. Température rectale : 38°5. Pouls : 100.

*Traitement.* — Salicylate de soude, 6 grammes en cachets ; antipyrine, 2 grammes en potion ; régime lacté.

19 juin. — La constipation persiste, le ballonnement de l'abdomen s'est accusé, le malade vomit une partie de ses ingesta : potion de Rivière et lavement purgatif. Le délire a augmenté, les douleurs articulaires ont diminué, la transpiration est très abondante ; les bruits du cœur sont sourds ; quelques râles de bronchite.

23 juin. — En présence de l'aggravation des symptômes généraux, on envoie le malade à l'Hôtel-Dieu.

À l'entrée, on note que les articulations des membres inférieurs, encore un peu tuméfiées et douloureuses, spontanément et à la palpation, surtout à droite, sont cependant capables de légers mouvements : aux membres supérieurs, l'épaule et le coude sont peu douloureux, les poignets présentent un empâtement blanchâtre, le dos des mains des plaques rosées ; de légers mouvements sont possibles à ce niveau ; la pression réveille peu de douleur.

*Abdomen* très météorisé, constipation opiniâtre, anorexie complète, soif intense, langue saburrale. Le foie et la rate paraissent normaux.

Dans la moitié inférieure du *poumon gauche*, diminution légère de la respiration, quelques frottements pleuraux discrets, pas de toux ni d'expectoration.

*Au cœur*, pointe dans le V<sup>e</sup> espace sous le mamelon. À la pointe et dans la région médiocardiaque, souffle systolique léger, mieux propagé vers l'appendice que dans l'aiselle, s'effaçant dans la position assise. À l'orifice aortique, souffle systolique bref, mais constant. *Pouls* régulier à 100.

*Urines* foncées, léger disque d'albumine.

Température rectale : 38°9.

*Traitement*. — Salicylate de soude.

26 juin. — Malgré le traitement salicylé, on constate la persistance des symptômes articulaires. De plus, le malade présente un violent délire de parole et d'action ; le ballonnement de l'abdomen s'est accentué, une diarrhée jaune melon assez abondante a remplacé la constipation et la température s'est élevée à 40 degrés.

28 juin. — Le délire est continu, le malade ne dort pas ; il présente, en outre, des sueurs profuses, de la dyspnée et rejette des crachats purulents : râles de bronchite disséminés, râles muqueux aux deux bases, avec obscurité respiratoire et frottements pleuraux à droite. En raison du délire, et de la fièvre qui augmente encore (T. R. = 40°7), on donne, toutes les trois heures, les deux jours suivants, des bains de dix minutes à 22 degrés.

L'état général ayant encore empiré, la famille du malade, au bout de dix bains, exige sa sortie de l'hôpital le 30 juin.

1<sup>er</sup> juillet. — Le pronostic paraît fatal : persistance du délire et de la diarrhée, dyspnée intense : 50 respirations ; râles sous-crépitants nombreux, avec obscurité et submatité à la base gauche ; langue très saburrale, urines troubles et foncées, gros disque d'albumine. Les symptômes articulaires ont totalement disparu. On ordonne une vessie de glace sur la tête, des cataplasmes sinapisés sur la poitrine, quatre lavements froids, trois bains de huit minutes à 25 degrés chaque jour.

3 juillet. — La température atteint 40°5, le météorisme est considérable, la diarrhée abondante, le pouls à 120, la bouche tapissée de muguets ; on note sur la peau de l'abdomen une éruption de dix ou douze belles *taches rosées lenticulaires* et le sérodiagnostic typhique est positif à 1/50° en deux heures. On prescrit un collutoire boraté et 0 gr. 30 de sulfate de spartéine.

7 juillet. — Malgré des sueurs profuses et la persistance de la dyspnée, du délire et du ballonnement, on note une grande amélioration : la température baisse, la diarrhée diminue. Pouls : 120. On prescrit des compresses froides sur l'abdomen et XV gouttes de teinture de digitale.

8 juillet. — Le délire ne persiste que pendant la nuit, le muguet est en voie de guérison ; on ne donne des bains que lorsque la température rectale atteint 39 degrés.

10 juillet. — L'expectoration diminue et devient mu-

queuse, la dyspnée est beaucoup moindre ; on entend bien la respiration dans toute la hauteur des deux poumons ; cependant, la toux persiste, ainsi que la diarrhée et le météorisme : sirops de tolu et diacode, trois cachets de 0 gr. 40 de naphтол.

12 juillet. — Le malade urinant peu et se sentant très faible, on lui donne quelques diurétiques et toniques ; il ne persiste au poumon que quelques ronchus ; les taches rosées ont disparu.

15 juillet. — Légère récidence du rhumatisme ; la température du soir avoisine encore 39 degrés, en même temps que les genoux et les cous-de-pied, les coudes et les poignets sont à nouveau le siège de vives douleurs, de léger gonflement et de plaques érythémateuses.

Le malade ne dort pas et présente encore un peu de délire. On ordonne trois bains par jour, une potion d'antipyrine, des cachets de sulfonal.

20 juillet. — Le malade va beaucoup mieux, mais se sent très faible, est somnolent ; il transpire abondamment, il demande à manger. On lui donne 4 grammes d'extrait de quina. Apyrexie définitive.

Du 24 au 27 juillet, le pouls se maintenant à 120 degrés, on donne un peu de digitale, tout en commençant à alimenter le malade. Le pouls tombe à 100 degrés. L'albuminurie a disparu. Température rectale : 37°5.

Puis, le malade est alimenté progressivement et ramené au régime ordinaire. Le pouls tombe à 90 degrés.

Le malade commence à se lever le 31 juillet.

Le 15 août, il va bien et part en convalescence.

Pouls : 90. Encore un peu de raideur de l'épaule droite.

Revu en novembre : son état est des plus satisfaisants.

#### OBSERVATION VI

(M. Savy, in *Lyon Médical*, 23 fév. 1913).

B... Marie, vingt ans, nourrice à l'asile Sainte-Eugénie,

est évacuée sur l'Hôtel-Dieu (service du professeur J. Courmont), le 29 mars 1912, avec le diagnostic de *rhumatisme articulaire aigu*.

Elle fut prise brusquement et *pour la première fois*, le 25 mars, d'une *douleur violente au cou-de-pied gauche, qui devint rouge et tuméfié*. On donne du salicylate ; les phénomènes articulaires s'amendent à peine et la température reste très élevée (40°4).

A l'entrée, on constate un léger empâtement et une légère douleur au niveau du cou-de-pied gauche. Fièvre vive, hyperthrophie de la rate, rougeur des amygdales, langue saburrale. Rien d'anormal au cœur.

L'hémoculture révèle la présence de l'*Eberth*. Est évacuée à l'hôpital de la Croix-Rousse le 8 avril 1912.

Dans le service d'isolement, on observe une fièvre typhoïde d'allure classique et d'intensité moyenne : ballonnement abdominal, gargouillement dans la fosse iliaque droite, diarrhée, taches rosées, légère albuminurie transitoire.

Pas de nouvelle poussée de rhumatisme.

La température se maintient entre 39 et 40 degrés, puis entre 38 et 39, pour tomber à 37 le 10 avril. A ce moment, nouvelle élévation thermique due à une éruption de furoncles aux fesses avec adénites inguinales.

La malade quitte le service le 6 mai, complètement guérie.

## OBSERVATION VII

(MM. Savy et Bouchut, in *Lyon Médical*, 23 février 1913).

J.-F..., dix-neuf ans. Entré à l'Hôtel-Dieu le 10 août 1910, salle Sainte-Marie (service de M. Devic), pour du rhumatisme articulaire aigu.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Personnellement, aucune maladie antérieure, notamment pas de rhumatisme.

L'affection actuelle a débuté le 6 août 1910 par de la dou-

leur et du gonflement articulaire au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. La veille, le malade qui, jusque-là, était en excellente santé, avait éprouvé un peu de céphalée, de courbature, quelques frissons et des douleurs articulaires erratiques et vagues.

Nous voyons le malade le 7 : les deux articulations tibio-tarsiennes sont très douloureuses, notablement tuméfiées ; la peau est rosée et chaude à leur niveau. Le genou gauche est aussi un peu douloureux et tuméfié. La température est de 39°8.

Ces phénomènes persistant et la température se maintenant au même niveau, malgré le salicylate, le malade est envoyé à l'hôpital.

Pendant quatre jours encore, les mêmes articulations restent grosses et douloureuses et la température continue à osciller entre 39°7 et 40, malgré les hautes doses de salicylate d'abord, d'antipyrine ensuite.

Par ailleurs, l'examen est négatif : pas de troubles gastriques ou intestinaux, la langue est saburrale et sèche. Ventre souple, indolore. La rate ne paraît pas grosse. Le pouls est à 100, les bruits du cœur sont normaux, peut-être cependant un peu sourds. Le malade est prostré et continue à se plaindre de céphalée.

Puis, les phénomènes articulaires diminuent rapidement et, le 17, les articulations malades ont repris leur volume normal et sont à peu près complètement indolores. Néanmoins, la température oscille invariablement autour de 40 degrés.

En présence de ces phénomènes, après avoir éliminé la possibilité de complications cardiaques, rhumatismales et aussi celle de rhumatisme cérébral, on pense à une fièvre typhoïde : la langue est celle d'un typhique et, en outre, le malade a de la diarrhée depuis deux jours.

Cependant, il n'existe pas de taches rosées, pas de gargouillements, pas d'augmentation décelable du volume de la rate. On prélève du sang pour un sérodiagnostic.

Le lendemain, le 18, on constate la présence de taches rosées très nettes sur l'abdomen. Dès lors, les symptômes typhiques se précisent : les taches se multiplient, la diarrhée et le météorisme augmentent, la rate devient perceptible à la palpation, enfin le séro est positif à 1/50°. On assiste, à partir de ce moment, à l'évolution d'une fièvre typhoïde classique, non compliquée, qui se termine sans incidents aux environs du 5 septembre, sans que de nouvelles phlegmasies soient apparues.

DATE D'APPARITION. — D'après ces différentes observations, nous voyons que toujours l'arthrotyphus est le symptôme vraiment initial de la fièvre typhoïde, aucun signe ne le précède ; il apparaît toujours avant toute manifestation habituelle de la dothiéntérie. Nous insistons avec notre maître, M. Savy, sur cette date d'apparition et nous en ferons un des caractères les plus importants de l'arthrotyphus. Le terme même d'arthrotyphus indique son mode d'apparition et nous devons savoir gré à MM. Robin et Leredde d'avoir créé ce terme conformément à la nomenclature établie précédemment par les différents cliniciens.

M. Lépine, en effet, en 1878, vulgarisa sous le nom de pneumotyphus la notion des pneumonies marquant le début d'une fièvre typhoïde.

La dothiéntérie se décelant à la suite d'une pleurésie initiale a été décrite, elle aussi, par Talamon et G. Sée, sous le nom de pleuro-typhus.

D'autres auteurs ont signalé un bronchotyphus, un méningotyphus, un myélotyphus, exprimant sous ces termes un mode de début spécial de la fièvre typhoïde.

MODE DE DÉBUT. — Exceptionnellement l'arthrotyphus peut débiter brusquement, d'emblée, par une ou plusieurs fluxions articulaires (obs. VI). Plus souvent le début est marqué par des phénomènes précurseurs. Ce sont tantôt quelques symptômes généraux, tels que courbature, céphalée, fatigue musculaire, quelques frissons; tantôt des phénomènes locaux, douleurs franchement localisées aux articulations, mais n'empêchant pas le sujet de continuer ses occupations (obs. II).

ASPECT CLINIQUE. — Les *phénomènes locaux* se rapportent tous directement à l'arthrite; celle-ci est caractérisée par la rougeur, la tuméfaction avec épanchement intraarticulaire, la chaleur et surtout la douleur.

La *rougeur* correspond aux limites de la synoviale; elle est d'une coloration rosée, luisante, par suite de la distension de la peau; ses contours sont diffus.

La *tuméfaction* est un phénomène important, l'article devient globuleux et les méplats juxta-articulaires disparaissent; elle est due non seulement à l'épanchement articulaire peu abondant, mais aussi à l'œdème inflammatoire des parties molles.

La *température locale* est élevée de 1 demi-degré à 1 degré.

La *douleur* est le signe clinique qui appelle surtout l'attention, elle est très vive et continue, s'opposant au moindre mouvement du malade. La douleur à la pression est intense et rend l'examen de l'articulation difficile.

La *marche* et le mode d'envahissement de ces fluxions articulaires sont, comme dans le rhumatisme articulaire aigu, éminemment variables. Les grandes articulations sont plus souvent prises que les petites, les jointures fatiguées se trouvent prédisposées. Les petites articulations, elles aussi, peuvent être atteintes mais plus rarement; nous avons vu que Robin et Leredde font, en effet, rentrer dans l'arthrotyphus les petites arthrites séreuses du début consécutives à des périostites épiphysaires survenant au niveau des doigts et des orteils.

En même temps que des symptômes locaux, apparaissent des *symptômes généraux*.

La *fièvre* apparaît dès le début de l'arthrite, elle s'élève d'abord proportionnellement à l'intensité des phénomènes articulaires et atteint rapidement 39 degrés et au delà. Parfois, lorsque les arthropathies sont multiples, la température s'élève dès le premier jour jusqu'à 40 degrés. La marche de la fièvre est continue sans grandes oscillations du soir au matin; dans la suite, elle diffère cependant de celle du rhumatisme vrai.

Les *sueurs* sont souvent abondantes.

L'*albuminurie* est de règle.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les quelques symptômes que nous venons d'énumérer, nous constatons que ceux-ci appartiennent aussi pour la plupart au rhumatisme articulaire aigu. En effet, nous ne saurons trop le répéter, l'arthrotyphus se comporte comme une attaque de rhumatisme franc, c'est précisément cette analogie qui lui donne son indi-

vidualité nosologique et son intérêt clinique et thérapeutique. C'est en vain, en effet, que nous donnerons le salicylate de soude ou l'aspirine; nous pourrions voir parfois les douleurs diminuer d'intensité, mais la tuméfaction et la rougeur ne seront nullement influencées; nous pouvons déjà dire que ce fait nous sera d'un grand secours dans le diagnostic qui ne pourra s'imposer de lui-même que bien plus tard.

En effet, alors qu'on était en droit d'espérer une amélioration rapide, nous voyons la température s'élever, les phénomènes généraux s'aggraver, la courbature augmente, la céphalée apparaît, devient très pénible, violente. L'intelligence est obnubilée, le malade tombe dans une prostration souvent très accusée, parfois il a du subdélire, comme le madade de M. Lesieur. On pense immédiatement à un rhumatisme cérébral, on examine aussi le cœur avec soin, on y croit percevoir des phénomènes anormaux, mais bientôt l'attention est attirée ailleurs par l'apparition de symptômes plus nets d'une fièvre typhoïde.

Le malade présente de la diarrhée, son anorexie est complète, le ventre est douloureux, ballonné; on perçoit du gargouillement dans la fosse iliaque droite; au niveau de la bouche et du pharynx apparaissent des ulcérations typiques. D'autres symptômes plus nets viennent confirmer le diagnostic, la rate est accessible à la palpation, les taches rosées apparaissent, la température s'élève à 40 degrés et au delà, enfin l'hémoculture et la séroagglutination de Widal sont positives. Il s'agit d'un arthrotypus, la fièvre typhoïde va évoluer maintenant normalement.

VARIÉTÉS CLINIQUES. — Ce tableau clinique de l'arthrotyphus peut cependant présenter des différences de détail comme nous l'avons vu dans les quelques observations que nous rapportons. Ces variations peuvent porter sur le *siège* des phénomènes articulaires, tantôt ce sont les petites articulations qui sont prises (Robin et Leredde), tantôt ce sont les grandes.

Ces variations peuvent aussi porter, tantôt sur le nombre des articulations atteintes, tantôt sur l'intensité des phénomènes inflammatoires, et il est parfois difficile, en présence de phénomènes douloureux survenant au début d'une fièvre typhoïde et plus ou moins localisés aux articulations, de savoir si on a affaire à une variété de la forme arthritique de Bazin, ou à une variété atténuée de l'arthrotyphus.

Malgré le polymorphisme clinique de ces arthrites, il leur est un caractère commun : elles n'ont, en effet, aucune tendance à la suppuration. C'est pourquoi nous avons éliminé dès l'abord les deux cas d'arthropathies suppurées cités par Robin et Leredde, celle-ci n'étant pas un symptôme de début.

Sans faire ici l'étude pathogénique de l'arthrotyphus, nous pouvons déjà affirmer son origine éberthienne, et nous verrons dans la suite sur quelles considérations nous nous appuyons pour la démontrer.

**b) Arthrites polyarticulaires séreuses survenant au cours ou pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde.**

Ces arthrites présentent le même tableau clinique que le rhumatisme articulaire aigu et que l'arthro-

typhus; sa seule différence avec ce dernier est sa date d'apparition : celle-ci correspond en général au troisième septénaire ou au début de la convalescence, alors que la fièvre typhoïde est déjà apparue et diagnostiquée.

### OBSERVATION VIII

(Breton et Vansteenbergh, *Province Médicale*, novembre 1905).

S... Edouard, dix-sept ans, manœuvre de maçon, entré à l'hôpital le 5 décembre 1904. Il est atteint, depuis huit jours, d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité : épistaxis, céphalalgie, diarrhée, langue saburrale, taches rosées, etc. Sérodiagnostic positif. Température oscillant entre 38°5 et 40°2.

Le 11 au matin, la défervescence commence : la chute de la température est en lysis.

Le 13, douleurs dans les petites articulations des doigts de pied, à droite surtout. Gonflement sans rougeur, impossibilité de mouvements. Cette manifestation articulaire est apyrétique. Le gonflement s'opère lentement, en même temps que disparaissent les douleurs.

Le 19, les membres ont récupéré leurs mouvements. La manifestation arthralgique s'est accompagnée d'une albuminurie légère.

Le 21, le malade est en voie de guérison

Daga, pendant l'épidémie de Nancy, en 1774, observa deux cas de polyarthrite séreuse pendant la convalescence; elle siégeait au coude, à l'épaule, au poignet où existait une tuméfaction très nette, les douleurs étaient très vives, la fièvre élevée. Ces phénomènes persistèrent huit à douze jours.

Deux autres cas sont rapportés par Bourcy (thèse Paris, 1883).

#### OBSERVATION IX

(Thèse de Bourcy, Paris, 1882-1883).

Pendant la grande épidémie de 1882, dit Bourcy, sur 212 cas de fièvre typhoïde observés à Lariboisière, nous ne notâmes que 2 cas de pseudo-rhumatismes et, pourtant, notre attention éveillée sur ce point nous faisait rechercher avec soin les manifestations articulaires.

Ces deux cas se rapportent à de jeunes femmes (vingt et vingt-cinq ans) d'une bonne santé habituelle, absolument indemnes de tout antécédent rhumatismal héréditaire ou personnel. Toutes deux furent prises, à la fin du troisième septénaire, d'une dothiéntérie de moyenne gravité, de gonflement douloureux des poignets et des genoux, sans changement de coloration des téguments ni élévation de température. Le salicylate resta sans effet sur ces déterminations à forme torpide, qui durèrent environ une dizaine de jours et finirent par disparaître graduellement.

Nous ne reviendrons pas sur les symptômes locaux ou généraux de ces arthrites, car nous nous exposons à des redites inévitables, étant donné leur analogie avec le rhumatisme articulaire aigu. Nous étudierons cependant quelques phénomènes pouvant signaler leur apparition.

Lorsqu'elles surviennent pendant le troisième septénaire, leur mode de début peut passer inaperçu. Le malade est encore très affaibli, la fièvre est élevée, le sujet ne réagit que très légèrement, les douleurs qui signalent habituellement l'apparition de la tuméfaction

peuvent être très atténuées par le fait même de l'état typhique, et ce n'est parfois que par examen spontané que le clinicien constate l'existence de tuméfactions articulaires. La courbe thermique qui avait commencé sa descente en lysis s'arrête pour reprendre son ascension, et celle-ci sera proportionnelle à l'intensité des phénomènes articulaires.

Lorsque les arthropathies font leur apparition pendant la convalescence, les douleurs prennent alors l'intensité de celles de l'arthrotyphus, la température s'élève généralement à nouveau jusqu'à 39 degrés et au delà, parfois cependant nous voyons cette poussée pseudo-rhumatismale rester parfaitement apyrétique (obs. VIII).

Nous devons, avant de terminer l'étude de ce groupe, lui rattacher un cas d'arthrite séreuse survenue dans le premier septénaire; nous le considérerons comme une forme de passage intermédiaire entre les cas d'arthrotyphus et les polyarthrites séreuses survenant au cours de la fièvre typhoïde.

Nous ne pouvons en faire purement et simplement un cas d'arthrotyphus, car l'arthrite n'est pas ici un symptôme initial et n'apparaît, en effet, que cinq jours après le début. De plus, les symptômes généraux graves, d'origine typhique, surviennent immédiatement, trois jours seulement dans le premier cas après l'apparition de la tuméfaction articulaire. Il semble donc plus logique de rattacher les symptômes observés dans les premiers jours à la dothiéntérie déjà établie, qu'à une localisation primitive articulaire de l'infection typhique.

OBSERVATION X (résumée).

(Danlos, *Société médicale des Hôpitaux*, 14 janvier 1887).

T... Emile, vingt-neuf ans, se plaint depuis cinq jours de céphalée; de frissons avec sueurs froides, lorsque surviennent des douleurs vives avec tuméfaction et rougeur de la peau au niveau des genoux et des coudes. Il entre le 8 février à l'hôpital.

11 février. — Le ventre est ballonné et sensible.

12 février. — Vomissements et diarrhée intense, épistaxis, congestion pulmonaire.

14 février. — Adynamie complète.

16 février. — Apparition d'escarres fessières. L'ensemencement de l'épanchement articulaire ponctionné est négatif. Le malade meurt le 18 février sans avoir présenté de taches rosées.

Les lésions articulaires ont persisté sans modifications jusqu'à la mort.

A l'autopsie, on constate au niveau de l'intestin des lésions typiques de fièvre typhoïde, ulcérations des follicules clos et des plaques de Peyer, la rate est normale. Aucune lésion évidente au niveau des articulations atteintes, celles-ci ne contiennent qu'un liquide séreux transparent.

c) Polyarthrites séreuses précédant de plusieurs jours le début d'une dothiéntérie.

Nombreux sont les cas où l'on a constaté, avant l'apparition des premiers symptômes d'une fièvre typhoïde, une polyarthrite séreuse. Dans tous ces cas, elle s'est toujours comportée comme une attaque de rhumatisme articulaire aigu, et nous n'avons aucune

raison de voir dans ces cas un pseudo-rhumatisme typhique. Nous sommes en présence, dans ces cas, de rhumatisants qui contractent pendant la convalescence de cette poussée rhumatismale une fièvre typhoïde typique; les observations de contagion hospitalière vont nous permettre l'étude de ces cas, et nous essaierons d'envisager l'action réciproque qu'exercent l'une sur l'autre ces deux infections, par le fait même de leur succession ou de leur coïncidence.

Les cas de contagion de la fièvre typhoïde chez des rhumatisants sont peu nombreux, mais, cependant, si on les compare aux autres maladies traitées dans les hôpitaux, il semble que la fièvre typhoïde ait, en quelque sorte, une prédilection pour le rhumatisant.

MM. Devic et Trouilleux, dans une étude des cas de contagion hospitalière, en relèvent dans la littérature médicale 27 cas, auxquels ils ajoutent 2 observations personnelles, ce qui porte le nombre à 29.

Nous ne ferons cependant pas rentrer, avec ces auteurs, dans le cadre des coïncidences de dothiéntérie et du rhumatisme les 2 observations de Fouque que nous avons rapportées plus haut (obs. II et III), ce sont, en effet, nous l'avons vu, des cas très nets d'arthrotyphus.

Dans 1 cas de Spillman et Ganzinotty, nous recherchons en vain l'indice d'une contagion intérieure.

Nous ajouterons par contre à ces 26 observations 5 cas, déjà anciens cependant, que nous avons relevés dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*.

Daga, sur 25 cas de contagion intérieure de la fièvre

typhoïde constatés pendant l'épidémie de 1878, à Nancy, signale 2 cas où celle-ci est survenue chez des rhumatisants en traitement.

Laveran, en 1882, sur 33 cas de contagion hospitalière, a observé 3 cas relatifs à des rhumatisants.

En ce qui concerne les observations de contagion intérieure, 2 cas peuvent se présenter :

1<sup>o</sup> Pendant la convalescence d'une attaque de rhumatisme, le malade contracte une fièvre typhoïde : celle-ci évolue normalement sans qu'il soit question, dans la suite, de nouveaux phénomènes articulaires :

2<sup>o</sup> Le rhumatisme ne disparaît pas devant la fièvre typhoïde, il évolue parallèlement, disparaissant parfois pour réapparaître pendant la convalescence.

A l'appui d'un premier cas, nous rapporterons les trois observations suivantes de Laveran publiées, en 1884, dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*.

#### OBSERVATION XI

(Laveran, *Arch. de Méd. et Pharm. milit.*, 1884).

A.., soldat au 7<sup>e</sup> de ligne, entre à l'hôpital Saint-Martin le 2 novembre 1869; le malade est rhumatisant et présente des signes d'une endocardite légère, il est placé dans une salle où se trouvent plusieurs typhoïdiques. Le 15 décembre, A.. est pris de fièvre et il présente bientôt tous les signes d'une fièvre typhoïde très grave à laquelle il succombe le 20 janvier 1870. L'autopsie permet de constater les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

## OBSERVATION XII

(Laveran, *ibid.*).

N..., cavalier au 16<sup>e</sup> dragons entre à l'hôpital du Gros-Caillou le 5 octobre 1883, pour un rhumatisme articulaire avec palpitations de cœur (service de M. le Médecin principal Balley). Le malade est convalescent de son rhumatisme, lorsque, le 25 novembre, il est pris de malaise et de fièvre. On constate bientôt tous les signes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité qui se termine par guérison.

## OBSERVATION XIII

(Laveran, *ibid.*).

A..., soldat au 17<sup>e</sup> chasseurs, entre à l'hôpital du Gros-Caillou le 14 août 1883, pour rhumatisme articulaire sub-aigu (service de M. le Médecin principal Jacob). Le malade est guéri de son rhumatisme et sur le point de partir en congé de convalescence, lorsqu'il est pris de fièvre. Fièvre typhoïde très grave à forme adynamique : le malade, très faible encore, part chez lui à la fin du mois de novembre et meurt quelques jours après être rentré dans sa famille.

## OBSERVATION XIV

(Gandy, *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, p. 1032, 1906).

Léonie B..., vingt-huit ans, lit n° 16. Entrée depuis le 10 août 1906 pour rhumatisme articulaire aigu, quatrième attaque.

4 septembre. — Vingt-cinq jours après son entrée dans la salle, la température, de 36°6 le matin, s'élève à 38°7 le soir; réveil de douleurs articulaires. Mais le salicylate de soude n'agit nullement. Céphalée, insomnie, épistaxis : la température monte progressivement pour atteindre 40 degrés le 9. C'est une fièvre typhoïde d'allures bénignes ;

ni prostration, ni signes abdominaux; la température se maintient à 40 degrés pendant quatre jours seulement, puis décroît régulièrement. Après quatorze jours, le 18 septembre, température normale.

Après sept jours d'apyrexie, rechute à caractères plus nets, quoique de durée un peu moindre. Le 25 septembre, la température monte à 37°9 le soir; le 27, elle touche 40°3; céphalée, légère épistaxis, quelques taches rosées discrètes sur les flancs. La température se maintient à 40 degrés les 27, 28, 29, puis décroît lentement.

Durée de la rechute, douze jours.

Le séro-diagnostic pratiqué le 29 septembre à un cinquantième est franchement positif.

Du 10 août au 4 septembre, la malade ne se levait pas, elle était au régime lacté, elle n'a pas bu d'eau du robinet proche de la salle.

Dans ces cas, nous le voyons, on ne constate qu'une succession pure et simple de la fièvre typhoïde au rhumatisme articulaire, ce dernier ne semble en rien modifier l'évolution de la dothiéntérie qui présente son tableau clinique habituel. Ces observations sont trop peu nombreuses pour que nous puissions formuler un pronostic; d'après celles-ci cependant il semblerait dans ces cas quelque peu assombri.

Envisageons maintenant les cas où le rhumatisme évolue en quelque sorte parallèlement à la fièvre typhoïde.

#### OBSERVATION XV (résumée)

(Pel, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 21 avril 1902).

P... J.-T., quarante-huit ans, entre à la Clinique le 18 octobre 1901 pour une crise typique de rhumatisme

articulaire aigu. On obtient une rapide amélioration par le salicylate de soude aux doses de 4 à 6 grammes par jour. Il ne reste bientôt plus qu'une légère douleur au niveau de l'épaule. Le malade reste à l'hôpital par crainte de récidence.

15 novembre. — Céphalée, courbature générale, anorexie, insomnie. Légère élévation de la température. Angine catarrhale. Articulations indemnes.

16 novembre. — Rate perceptible; on pense à une fièvre typhoïde.

19 novembre. — Taches rosées lenticulaires. La rate a augmenté de volume.

22 novembre. — Fièvre continue rémittente. Température, 39°5. Bronchite diffuse.

23 novembre. — C'est-à-dire au milieu du deuxième septénaire, les douleurs articulaires réapparaissent. Tuméfaction avec rougeur et élévation de température locale au niveau des deux coudes et des poignets. Douleurs spontanées et provoquées très vives. Diazoréaction positive. Les taches rosées ont à peu près disparu. On redonne le salicylate à la dose de 4 grammes par jour.

25 novembre. — Légère amélioration; les douleurs articulaires disparaissent.

27 novembre. — Amélioration continue. Température : 37°6. Les tuméfactions articulaires ont disparu.

29 novembre. — Les taches rosées, la tumeur splénique ont disparu. Encore un peu de gêne des articulations.

7 décembre. — Le malade entre en convalescence; il quitte l'hôpital. Au début de janvier 1902, complètement guéri.

Il s'agit ici, comme le fait remarquer Pel, d'un cas typique de contagion hospitalière. Le 5 novembre, en effet, entrant dans la même salle et prenant un lit voisin, un autre malade présentant une fièvre typhoïde évidente avec symptômes graves. La réaction de

Widal était positive, il mourut le 10 novembre et l'autopsie confirma le diagnostic. Notre malade convalescent d'un rhumatisme articulaire contracta donc une fièvre typhoïde par contagion et fit au cours de celle-ci une nouvelle poussée de rhumatisme.

#### OBSERVATION XVI

(Gaillard, *Société méd. des Hôpitaux*, 9 novembre 1906).

Henriette F..., couturière, vingt-trois ans. Entrée à l'hôpital le 9 septembre 1903 pour un rhumatisme aigu datant de trois jours et intéressant l'épaule, le genou, le cou-de-pied droit, puis les poignets et les coudes. Rougeur, tuméfaction, douleurs très vives; la température est entre 38 et 39 degrés. Amélioration rapide par le salicylate de soude. Souffle systolique à la pointe. Pas d'albuminurie. La malade peut se lever dans les premiers jours d'octobre.

7 octobre. — Malaise progressif. La température, à 38°5 le soir, atteint 40 degrés le 10. Les jointures sont indemnes. Diarrhée, céphalalgie, stupeur légère, diazoréaction positive. Les jours suivants, la température reste à 40 degrés. La fièvre typhoïde s'affirme. (Bains froids.) Le 15, taches rosées, stupeur progressive, bronchite des bases.

31 octobre. — 37 et 37°5. Polyurie accentuée. La température oscille quelques jours entre 38 et 38°7, et le 10 novembre la fièvre disparaît définitivement. A ce moment, douleurs articulaires assez modérées, mais bientôt la malade se lève. Convalescence de trois semaines au Vésinet. Fin décembre, essais de reprise du travail, interrompus par la réapparition du rhumatisme. Le 5 janvier, la malade rentre à Lariboisière. Le salicylate amène d'abord l'amélioration des douleurs et la fièvre a cessé (la température était, le 5 et le 6, entre 38°7 et 38°8). Le 13 janvier, récidence du rhumatisme, qui gagne les épaules, les coudes, les poignets. La température, du 15 au 18, oscille entre 37°5 et 38°8. Les

jours suivants, apyrexie, atténuation lente et progressive du rhumatisme. La malade sort guérie le 18 février.

Deux mois plus tard, M. Gaillard assista à une poussée aiguë, polyarticulaire grave.

#### OBSERVATION XVII

(Gaillard, *ibid.*).

Josepha A..., trente ans, domestique, entre à Lariboisière le 7 novembre 1903 pour un rhumatisme articulaire subaigu, localisé aux épaules et aux genoux. La température ne dépasse pas 38°2 et, le septième jour, oscille autour de 37 degrés. A la suite du traitement salicylé, les douleurs s'atténuent assez vite et on commence les massages.

Cependant, il n'y a pas de convalescence franche, il y a de la céphalalgie, de la courbature, de la lassitude. Langue saburrale, inappétence. Le soir du 1<sup>er</sup> mars, température : 38°1 ; le 5 mars au soir, 39°7. Pas d'épistaxis, pas de diarrhée, pas de bronchite. A la pointe du cœur, on trouve un souffle systolique non perçu précédemment. Le 9 mars, 40°2 et 40°4. Pouls : 116. Taches rosées. Langue rouge sur les bords, stupeur caractéristique (Bains froids et lavements froids). A partir du 16 mars, la température oscille autour de 39 degrés, n'atteignant plus 40 que le 25 mars (25<sup>e</sup> jour). Puis elle s'abaisse un peu ; l'état général semble s'améliorer, mais des douleurs articulaires, sans rougeur ni tuméfaction, réapparaissent aux genoux et aux chevilles. Le 29 mars, apyrexie. Le 30, au soir, température : 37°8 ; accentuation des douleurs. Du 31 mars au 9 avril, apyrexie ; la convalescence n'est troublée que par des douleurs articulaires.

10 avril. — Commence une ascension thermique (38°4 le soir) qui atteint 40°3 le 13 avril. La rechute est réalisée, la température se maintient vers 40 degrés jusqu'au 20 avril, puis diminue progressivement. Le 28, température : 37°6. Pendant cette rechute, pas de rhumatisme.

La convalescence est traînante, le 17 mai : 37°7 et 38 degrés. Le rhumatisme se réveille localisé aux poignets et à une épaule. Sous l'influence du salicylate, amélioration rapide; toutefois, le 22, nouvelle poussée intéressant les genoux, avec 38 degrés le soir. Le souffle de la pointe du cœur persiste. On remplace le salicylate par l'aspirine, qui, d'ailleurs, est supprimée le 29 mai. Depuis lors, plus d'incident; la malade sort complètement guérie le 19 juin.

Dans ces deux cas que nous avons rapportés comme exemple, nous assistons à une évolution parallèle, à une symbiose en quelque sorte du rhumatisme articulaire aigu et de la fièvre typhoïde. Lorsque cette dernière infection, plus grave, s'est installée en souveraine, le rhumatisme passe alors au second plan et disparaît la plupart du temps, justifiant ainsi en partie seulement l'opinion de Bourcy qui déclarait que « la fièvre typhoïde est une maladie qui occupe à un degré suffisant l'activité de l'organisme pour que celui-ci ne puisse en même temps réaliser un rhumatisme articulaire aigu vrai ».

Ce rhumatisme ne disparaît pas cependant complètement, attendant, pour rentrer en scène, l'atténuation des symptômes typhiques; que ceux-ci subissent une nouvelle recrudescence, le rhumatisme rentrera dans l'ombre pour ne reparaitre que pendant la convalescence (obs. XVII).

Longtemps on a nié la possibilité d'une coïncidence de deux infections. L'aphorisme de Hunter avait alors force de loi : « Deux actions morbides, disait-il, ne peuvent avoir lieu en un seul et même temps, soit dans la même constitution, soit dans la même partie de notre

organisme. » Les travaux de Pasteur et de Davaine renversèrent cette formule absolue. Quelle cause s'opposait en effet à ce qu'un même milieu convînt à divers organismes ? Ils peuvent évidemment subir une influence réciproque, mais rien n'empêche, en fait, des germes pathogènes de coexister sur le même organisme. Nous ne mettons pas en doute, en effet, l'origine infectieuse du rhumatisme articulaire, bien que son agent causal n'ait pas encore été découvert.

Du reste, l'action favorable, dans tous les cas, du traitement salicylé prouve suffisamment que nous sommes bien en présence de poussées rhumatismales franches et non de complications articulaires d'origine typhique.

Griesinger avait observé plusieurs cas de fièvre typhoïde coïncidant avec un rhumatisme articulaire aigu. Il avait même entrevu cette sorte de prédilection qu'a l'infection typhique pour les rhumatisants : « L'apparition de la fièvre typhoïde au cours du rhumatisme, dit-il, a été niée par beaucoup d'auteurs et l'antagonisme complet a été affirmé, mais les rhumatisants sont souvent atteints de fièvre typhoïde vraisemblablement par contagion ».

Longtemps on avait admis que la fièvre typhoïde ne survenait que chez des gens sains, et à l'appui de cet opinion, on citait les nombreux cas de paysans, contractant la fièvre typhoïde à leur arrivée dans les villes. Mais Bouchard montra le rôle considérable que joue la prédisposition morbide dans l'étiologie des maladies infectieuses, cet état de réceptivité peut être provoqué par nombre d'affections, la dilatation sto-

macale par exemple (Le Gendre.) Le rhumatisme agit de même, probablement en débilitant les organismes qui en sont atteints, et ouvrant ainsi une porte d'entrée à une nouvelle infection plus grave, qui s'installe alors en souveraine. Etudier le mécanisme intime de cette étiologie dépasserait le cadre que nous nous sommes tracé.

## II. — MONOARTHRITE

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur ses formes cliniques nous voyons qu'elle aussi, présente différents degrés d'intensité et de gravité.

Dans sa forme simple, séreuse, elle n'est souvent qu'une localisation dernière de la polyarthrite séreuse qui s'« épuise sur elle » (Marfan) ; elle ne diffère de celle-ci que par le fait même de sa localisation monoarticulaire. Elle apparaît parfois à la fin du premier septénaire, mais dans la plupart des cas elle survient pendant la convalescence.

Son *tableau clinique* est à peu de chose près semblable à celui d'une hydarthrose simple. On retrouve la tuméfaction parfois intense, la rougeur de la peau, l'élévation de température locale. Les douleurs spontanées et provoquées sont très vives. Les symptômes généraux sont moins accusés que dans les cas de polyarthrite, la température subit une légère élévation. Elles disparaissent après quelques jours, ne laissant après elles qu'une atrophie musculaire assez accusée.

Dans les cas plus graves, cette monoarthrite peut

suppurer ; les symptômes s'accroissent, la température est plus élevée et peut atteindre 40 degrés. L'arthrite purulente peut être aussi primitive, mais dans ce cas elle est habituellement plus tardive.

Les complications sont fréquentes et consistent en abcès musculaires, en fusées purulentes, en abcès sous-cutanés, mais surtout en luxations spontanées ou en ankyloses.

Différents auteurs ne voulurent voir comme cause directe des ankyloses et des luxations spontanées que les arthrites suppurées ; il est évident aujourd'hui qu'il faut attribuer un grand nombre de ces complications aux arthrites séreuses simples.

L'*ankylose* survient, dans la plupart des cas, progressivement ; l'épanchement qui, en général, était peu abondant, se résorbe, les ligaments se rétractent ; des exsudats fibrineux se forment dans l'articulation, l'atrophie musculaire contribue à augmenter l'impotence du membre et une ankylose plus ou moins complète se produit. Si on intervient à temps, le membre peut retrouver son fonctionnement normal, comme dans une observation de Bonnet ; parfois tout traitement est inutile et l'ankylose devient définitive, témoin l'observation suivante.

#### OBSERVATION XVIII

(Thèse de Bosnières, 1890).

X..., atteint de fièvre typhoïde en Algérie, ressentit dès le premier septénaire des douleurs très vives au niveau de la hanche gauche. Instinctivement, le malade fléchit la cuisse sur le bassin, pour calmer la douleur.

Entrée en convalescence au bout d'un mois. Les lésions articulaires sont en voie d'amélioration ; on opère le redressement du membre que l'on place dans un appareil.

Le malade, durant un séjour de six mois à l'hôpital, présenta plusieurs poussées articulaires nouvelles.

Quand on enleva l'appareil, les mouvements étaient à peu près impossibles, et, malgré les divers moyens employés, l'ankylose devint définitive.

Les *luxations spontanées* sont non moins fréquentes dans la fièvre typhoïde, et c'est cette infection que l'on retrouve le plus souvent dans leur étiologie. Sur 111 cas relevés par M. Bertein, 38 reconnaissent pour cause la fièvre typhoïde, 34 sont des luxations de la hanche, 4 seulement des luxations de l'épaule.

Capelle fut le premier qui attira l'attention sur ces luxations spontanées survenant au cours d'une dothiéntérie, il en publia trois observations typiques, dont une que nous rapportons ici.

#### OBSERVATION XIX

(Capelle, *Journal de Médecine et de Chirurgie de Bruxelles*, 1861).

Fièvre typhoïde datant du 20 octobre 1859 présentant tous les symptômes habituels.

A la fin du troisième septénaire adynamie profonde.

15 novembre 1859. — Le malade ne cesse de crier et accuse comme siège de la douleur la hanche et la cuisse droites. Ces souffrances se sont déclarées après qu'on l'eût dorté d'un lit sur un autre.

On constate un raccourcissement d'environ un pouce, la flexion de la cuisse sur le bassin, le membre est dans l'adduction, la tête fémorale est dans la fosse iliaque externe.

*Traitement.* — Tractions sur la tête du fémur que l'on ramène vis-à-vis de la cavité cotyloïde, réduction sans difficulté; un appareil ouaté amovo-inamovible est appliqué et laissé en place jusqu'à la guérison complète du malade.

#### OBSERVATION XIX

(Leclerc, *Soc. de chirurgie*, déc. 1890, résumée in thèse Larue).

Garçon de neuf ans, atteint de fièvre typhoïde en avril 1890, présente, à partir du 2 mai, au début de la convalescence, des signes d'arthrite de la hanche droite : le 11 mai, souffrant de plus en plus, le malade s'incline sur le côté gauche, la cuisse droite en l'air fléchie et en adduction.

13 mai. — Un premier examen, très difficile en raison des douleurs, dénote une tuméfaction de la fesse droite, avec chaleur de la région; le grand trochanter semble augmenté de volume : il y a de la fièvre, de l'anorexie, de l'insomnie. On songe à une périostite du décours de la fièvre typhoïde, localisée au grand trochanter,

La température monte à 39°5 le 14 mai, à 41 degrés le 15, et tomba le 16 à 38°5, pour rester à ce chiffre jusqu'au 19, jour où on décide une intervention ajournée en raison de l'état fébrile. Mais, ayant anesthésié l'enfant, à la place du gonflement de la région fessière, on trouva la tête fémorale luxée dans la fosse iliaque externe. En portant le membre dans l'extension et la rotation en dehors, on réduisait la luxation qui se reproduisait à la plus légère flexion. Après s'être reproduite à trois ou quatre reprises, l'enfant était considéré comme guéri, ayant recouvré, sauf une très légère claudication, tous les mouvements, l'attitude et la longueur normales du membre.

Un des caractères principaux de ces luxations que Capelle a bien mis en lumière, c'est la spontanéité et l'insidiosité de leur apparition, leur début, en effet,

passé souvent inaperçu et il faut une enquête sévère pour préciser la date de leur apparition. Nous trouvons alors, à leur origine, un effort, un mouvement brusque, une manœuvre maladroite dans le déplacement du malade par son entourage.

Souvent la luxation est le phénomène de début apparent de l'affection articulaire, l'arthrite ne s'est révélée par aucun symptôme quand, spontanément, se produit la luxation qui seulement alors attire l'attention du médecin.

Les symptômes de l'arthrite, de même que ceux de la luxation, passent en effet inaperçus ; il ne faut pas oublier, en effet, que ces accidents surviennent généralement au déclin de la fièvre typhoïde, alors que le malade est très affaibli et que ses réactions sont très atténuées, permettant ainsi à la luxation de s'établir insidieusement.

Parfois le tableau clinique est différent, l'arthrite est très accusée, les douleurs sont intenses, les mouvements impossibles, le membre se trouve en attitude vicieuse, mais, comme dans l'observation précédente de Leclerc, les douleurs cessent brusquement, la température tombe et c'est alors que nous constatons l'existence d'une luxation. Dans le cas rapporté par Leclerc, Nélaton fait remarquer que la luxation non constatée le 13 mai, s'est établie le 16, provoquant une diminution des douleurs et une chute de la température.

Nombreux ont été les mécanismes invoqués pour expliquer ces luxations spontanées, aucun ne répond à la totalité des faits observés, et nous éviterons

d'adopter une pathogénie unique, car plusieurs mécanismes peuvent intervenir à la fois, et l'un d'eux peut prédominer dans un cas et jouer un rôle effacé dans un autre.

Le *relâchement musculaire* et ligamenteux fut incriminé par Capelle. Keen faisait remarquer que ce relâchement était accusé surtout à la partie postérieure de l'articulation, alors que la partie antérieure était renforcée par le ligament de Bertin. Grâce à cette disposition, la contracture musculaire, agissant sur le fémur, portait sa tête en arrière et en haut, où ne se présentait aucun obstacle, et il en résultait une luxation en arrière et en haut.

P. Bazin, reprenant la théorie de Verneuil et de Reclus, incrimine l'*atrophie musculaire précoce* portant sur un seul groupe musculaire. Certains auteurs ont fait intervenir les *lésions osseuses*; or, nous savons que celles-ci sont très rares.

Hüler fait jouer un rôle important à la *distension de l'article* par l'épanchement, mais celui-ci est parfois très minime.

Avec M. Bertein nous adopterons une solution mixte. Dans les cas les plus fréquents où la luxation survient sans prodromes, il est vraisemblable que le relâchement des ligaments et de la capsule joint à l'action prédominante d'un groupe musculaire contracturé, permet le glissement insidieux de la tête, hors du cotyle, sous l'influence d'un léger effort ou d'un mouvement exagéré.

Dans d'autres cas et, en particulier, dans celui de Leclerc, l'opinion de Hüler semble prévaloir, l'épan-

chement abondant met l'articulation en tension, les douleurs deviennent intolérables, la température s'élève, mais lorsque, la luxation s'étant établie, il en résulte une décompression immédiate, rapidement les douleurs disparaissent et la température diminue.

### III. POLYARTHRITES SUPPURÉES ET ARTHRITES PYOHÉMIQUES

Les polyarthrites suppurées sont rares dans la fièvre typhoïde, sûrement elles apparaissent dans les débuts, le plus souvent elles se montrent à partir du troisième septénaire, comme manifestation d'une pyohémie secondaire. Cette distinction entre les arthrites suppurées, où le bacille typhique est seul en cause, est très difficile à faire avec les arthrites pyohémiques pures, ce n'est alors qu'une question de degré. Comme nous le verrons, en étudiant la pathogénie, le bacille d'Eberth peut être incriminé, mais il n'est pas alors généralement le seul agent causal, et on retrouve dans l'épanchement le pneumocoque, le streptocoque et le staphylocoque.

Dans les cas graves, où la pyohémie est évidente, la forme polyarticulaire est très rare (beaucoup plus rare, dit Maucclair, que dans la rougeole ou la scarlatine).

#### OBSERVATION XX

(Breton et Van Steenberghe, *Province médicale*, nov. 1905).

H... Maurice, trente-huit ans, entre le 5 décembre à l'hôpital. Le malade est atteint depuis huit jours d'une

fièvre typhoïde grave. Symptômes classiques de la maladie : fièvre, léger délire, prostration, bronchite, diarrhée fétide, taches rosées, séro-diagnostic positif au 50°. Dix jours après son entrée, la température s'élève légèrement et le malade se plaint vivement de son poignet droit.

L'article est enflé; les mouvements spontanés et provoqués sont très pénibles. La peau n'est pas rouge et les gaines tendineuses semblent respectées. Ce gonflement dure trois jours, puis disparaît peu à peu, sans que les mouvements articulaires en deviennent pour cela possibles.

La dothiéntérie continue cependant à évoluer en augmentant de gravité. Le 20 décembre, on remarque que le sujet incline la tête à droite, le sterno-cleido-mastoïdien est contracturé. Toute la région est empâtée et douloureuse. La température qui oscillait entre 38 et 39 degrés, atteint en ce moment 40 degrés, et le malade présente un délire violent. Il succombe le 21, après douze heures de coma.

A l'autopsie, lésions ordinaires de la fièvre typhoïde. On ouvre l'articulation du poignet droit (on a préalablement prélevé aseptiquement un peu de liquide que l'on ensemence de suite).

On remarque que la synoviale est rouge, congestionnée, et qu'un dépôt fibrineux, semblable à une fausse membrane, la tapisse sans y adhérer. Les cartilages ne sont pas érodés et les extrémités osseuses sont intactes. Pas de traces de périostite ni de synovite de voisinage.

L'articulation de la troisième vertèbre cervicale présente des lésions identiques. Les cultures faites avec le liquide poussent très grêles d'abord, et seulement en bouillon. Le deuxième ensemencement est beaucoup plus fertile et montre un bacille très mobile ne prenant pas le Gram, ayant morphologiquement l'aspect du bacille d'Eberth. Ce bacille ne donne pas de culture apparente sur pomme de terre. Il pousse sur gélatine sans la liquéfier, dans le lait sans le coaguler, dans le bouillon en donnant des ondes moirées caractéristiques.

Il ne produit pas trace d'indol dans les cultures, et se montre très nettement agglutiné, au dix millième, par un sérum antityphique authentique et, au centième, par le sang d'un malade atteint de fièvre typhoïde classique. Il s'agit donc bien d'un bacille d'Eberth typhique.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Les phénomènes inflammatoires sont relativement peu intenses, mais l'autopsie et les examens de laboratoire nous donnent de précieux renseignements sur l'anatomie pathologique et sur la pathogénie des arthrites typhiques en général. Cette forme atténuée peut être considérée comme une forme de passage entre la monoarthrite suppurée et les polyarthrites purulentes ou pyohémiques.

#### OBSERVATION XXI (résumée)

(Bouillaud, *Traité du rhumatisme*, Paris, 1841).

Fièvre avec phénomènes typhoïdes très prononcés pendant le cours de laquelle il survint des douleurs avec gonflement de l'articulation tibio-tarsienne gauche et au bras droit depuis l'épaule jusqu'au coude, en même temps que des pustules avec phlyctènes sur diverses régions du corps. Mort.

Pus jaune, homogène dans l'articulation tibio-tarsienne et le tissu cellulaire intermusculaire du bas de la jambe gauche, pus jaunâtre et un peu gélatiniforme dans l'articulation scapulo-humérale droite et dans la coulisse synoviale du tendon du biceps brachial. Phlébite de la veine axillaire et des veines situées au-devant de l'articulation.

OBSERVATION XXII (résumée)

(A. Robin, *Gaz. Méd.*, 1881).

Fièvre typhoïde adynamique; dix jours après le début, synovites purulentes de la gaine de l'extenseur du gros orteil gauche et du petit orteil droit. Périostite de la face externe du tibia gauche. Peu après, arthrites purulentes de la plupart des articulations. Mort.

OBSERVATION XXIII

(Communiquée en 1853, par Barth, à la *Société médicale des Hôpitaux*).

Un jeune homme bien constitué, affecté d'une fièvre typhoïde très intense, avec épistaxis abondantes, prostration, agitation, délire, ballonnement du ventre, hémorragies intestinales, fut pris tout à coup d'un frisson violent, au moment où son état s'était sensiblement amélioré; il n'existait alors ni diarrhée, ni douleur abdominale, le pouls à 96. L'exploration des principaux organes ne fournit aucun signe qui pût faire soupçonner la cause de ce phénomène; mais le surlendemain, l'articulation du coude gauche devint douloureuse, se tuméfia et bientôt la fluctuation devint évidente. Dès lors, le frisson se trouvait expliqué, car on était en droit d'admettre qu'une collection de pus s'était formée dans cette articulation, et que le malade était sous l'influence d'une infection purulente. On n'ouvrit pas le foyer purulent, et le malade ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie : l'articulation du coude renferme une notable quantité de pus; dans le foie, on trouve trois noyaux d'induration, ayant chacun la grosseur d'une noix, et assez analogues aux abcès métastatiques; seulement il n'existait pas de cavité au centre de ces noyaux, qui paraissaient formés d'une matière fibrineuse creusée de nombreuses vacuoles.

Ces vacuoles étaient remplies d'un liquide purulent,

couleur lie de vin; la rate était le siège d'altérations analogues; mais dans ce viscère, les noyaux étaient déjà convertis en foyer purulent.

Dans ces dernières observations, la pyohémie est évidente. Nous la retrouverons, avec ses symptômes habituels bien connus, et sur lesquels nous n'insisterons pas. Grands frissons, température élevée avec grandes oscillations, accélération de la respiration, adynamie complète et parfois éruptions cutanées diverses. La date d'apparition et surtout l'existence de foyers d'infection secondaire, nous mettront sur la voie du diagnostic. Ces foyers d'infection sont tantôt d'origine externe : escarres, plaies infectées, abcès, parfois d'origine interne : abcès viscéraux, ulcérations intestinales, si fréquentes dans la fièvre typhoïde.

Que nous ayons affaire à des polyarthrites suppurées ou à des arthrites pyohémiques, le pronostic est fatal, aucun traitement médical ou chirurgical ne pourra enrayer l'infection et le malade sera emporté rapidement.

---

## CHAPITRE V

### DIAGNOSTIC

Pendant longtemps, les complications articulaires de la fièvre typhoïde ont été attribuées au rhumatisme articulaire aigu. Bouchard n'avait pas alors isolé les pseudo-rhumatismes infectieux de ce vaste groupe d'affections articulaires qu'on désignait sous le nom de rhumatisme. Bouillaud avait cependant su distinguer du vrai rhumatisme les complications articulaires des maladies infectieuses, et il déclarait, au sujet de l'observation que nous avons rapportée plus haut (obs. XXI) : « L'idée d'une véritable affection rhumatismale ne nous vint pas à l'esprit ; je pensai seulement que, comme je l'avais observé tant de fois dans le cas de fièvre typhoïde, indépendante d'une phlegmasie ulcéralive aiguë de l'appareil folliculaire de l'intestin grêle, il s'établissait quelques foyers de suppuration coïncidant avec une phlébite, le tout provenant d'une influence septique maligne, comme disaient les anciens, et non de la cause que nous assignons au vrai rhumatisme.

« Le début de la maladie, sa marche, l'état du sang tiré de la veine, tout se réunit pour nous prouver la nature inflammatoire septique ou putride, et non

inflammatoire franche, pure, de la maladie que nous avons sous les yeux. »

Bouchard, en isolant donc le groupe des pseudo-rhumatismes infectieux, permettait d'attribuer à ceux-ci les complications articulaires de la fièvre typhoïde et de nier l'origine rhumatismale vraie de la plupart des arthrites évoluant au cours d'une dothiéntenterie, mais il nous faut, dans ces cas, comme le conseille Curschmann, agir avec une grande circonspection, car nous avons vu qu'il existe parfois une coïncidence du rhumatisme et de la fièvre typhoïde.

Ce diagnostic, avec le rhumatisme articulaire aigu, se fera de lui-même, lorsque nous serons en présence d'une monoarthrite suppurée ou non, ou de polyarthrites purulentes, car le rhumatisme est toujours polyarticulaire et séreux.

La difficulté est plus grande lorsqu'on a affaire à des polyarthrites séreuses, survenant au cours d'une dothiéntenterie, ou mieux encore à son début ; il nous faut avouer que bien souvent alors, et particulièrement dans les cas d'arthrotyphus, nous sommes impuissants et, seule, l'évolution ultérieure fixera notre diagnostic.

Chomel avait bien mis en lumière cette difficulté du diagnostic et, quoique n'admettant pas l'union possible de la fièvre typhoïde et du rhumatisme, il déclarait : « L'un des cas les plus embarrassants sous le rapport du diagnostic, est celui où la fièvre typhoïde survient comme complication d'une autre affection. Dans ces occasions, l'attention du médecin sera quelquefois éveillée d'abord par la prolongation de la pre-

mière maladie, ou d'une de ses périodes au delà de la durée ordinaire, ou par l'apparition de symptômes différents de ceux qu'on observe dans l'affection première. Si parmi les nouveaux symptômes surviennent des phénomènes ataxiques ou adynamiques, s'il s'y joint des épistaxis, de la diarrhée, du météorisme, des taches typhoïdes, il ne devra rester aucun doute dans son esprit sur le développement secondaire d'une fièvre typhoïde ».

Examinons cependant s'il n'existe pas quelques indices qui pourront faire lever nos hésitations, particulièrement dans les cas d'arthrotyphus.

Certains auteurs ont vu dans l'*absence d'antécédents arthritiques* chez leur malade un signe leur permettant de douter de l'existence d'un vrai rhumatisme. Certes, on peut tenir compte de cette indication mais, sans rien préjuger de la valeur du terme arthritique, nous ne pouvons, sur ce seul fait, étayer un diagnostic car nombreux sont les cas d'arthrotyphus et d'arthrites typhiques où on trouve des antécédents arthritiques.

Un caractère auquel on a attaché quelque importance est l'*absence des complications cardiaques*; celles-ci sont en effet l'exception dans les cas de pseudo-rhumatismes infectieux en général, mais en revanche, elles ne sont pas toujours de règle dans le rhumatisme vrai.

Si nous admettons sans restriction l'adage ancien : « *Naturam morborum ostendunt curationes* » nous trouvons, dans le *traitement salicylé*, un réactif en quelque sorte qui nous permettra de déceler un rhu-

matisme vrai d'un pseudo-rumatisme. Le salicylate de soude en effet est le médicament spécifique du rhumatisme articulaire aigu, aussi ne sommes-nous pas étonné de ne lui voir aucune action bien efficace sur les complications articulaires typhiques. Parfois, on a pu constater la sédation des douleurs : jamais on n'a vu sous sa seule action la rougeur et la tuméfaction rétrocéder.

Notre attention, éveillée par l'échec du traitement salicylé sera attirée de même par la *persistance inaccoutumée des phénomènes généraux* ; la fièvre persiste, en effet, dans toute son intensité. L'examen de la courbe thermique ne nous donnerait pas cependant les résultats qu'on pourrait en attendre, car nous ne devons pas oublier que rien n'est moins régulier que la courbe de température du rhumatisme articulaire aigu.

Celle-ci ne nous renseignera donc que lorsque, malgré l'amendement des phénomènes articulaires, elle restera relativement très élevée, mais alors apparaîtront bientôt les symptômes propres de la dothiéntérie qui nous permettront le diagnostic. Ces signes, nous les avons déjà énumérés à propos de l'arthrotyphus ; nous y ajouterons les examens de laboratoire : la réaction de Widal et surtout l'hémoculture ; la diazo-réaction d'Ehrlich à laquelle on a attribué pendant longtemps une grande valeur diagnostique, se rencontre dans nombre d'affections d'origine toxique ou infectieuse.

Ainsi, nous venons de le voir, le diagnostic des arthrites séreuses du début présente de grandes diffi-

cultés et, pour être affirmatif, il faut attendre l'apparition des premiers signes de dothiéntérie.

Il n'en est pas de même lorsque ces complications articulaires surviennent au cours ou pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, mais bien que les symptômes typhiques soient déjà très nets, il nous faut nous demander si nous avons affaire à un rhumatisme éberthien ou à une simple coïncidence d'un rhumatisme vrai et d'une fièvre typhoïde. Nous serons affirmatif à ce sujet, et toutes les fois que nous constaterons des phénomènes articulaires au cours d'une dothiéntérie, nous pourrons, comme nous le démontrerons dans le chapitre consacré à la pathogénie, affirmer leur origine éberthienne. Nous ne poserons le diagnostic de rhumatisme articulaire coexistant avec une fièvre typhoïde que lorsque la notion de contagion sera nettement établie.

---

## CHAPITRE VI

### PATHOGÉNIE

Les différentes complications que nous venons de passer en revue ont été longtemps considérées comme une association du rhumatisme articulaire et de la fièvre typhoïde mais ce rhumatisme comprenait alors, à vrai dire, toutes les affections articulaires. C'est à Bouchard que nous devons d'avoir resserré son cadre nosologique et d'avoir sinon créé le groupe des pseudo-rhumatismes entrevus par Bouillaud, du moins précisé ses caractères. En 1881, reprenant les idées de Teissier et de Lasèque, il émettait la formule suivante : « Toutes les maladies infectieuses peuvent présenter parmi leurs manifestations contingentes des déterminations articulaires absolument distinctes du vrai rhumatisme et relevant de l'infection générale de l'économie. » Ces idées de Bouchard, reprises et défendues par ses élèves, de Lapersonne, Marfan, Mauclore, ont été confirmées et par l'observation clinique et par les recherches bactériologiques.

La fièvre typhoïde ne fait pas exception à la règle et, au même titre que les autres maladies infectieuses, elle provoque, elle aussi, des pseudo-rhumatismes.

Dans la genèse de ceux-ci, devons-nous faire intervenir le bacille d'Eberth lui-même ou ses toxines, ou enfin d'autres germes pathogènes ?

Les études bactériologiques portèrent d'abord sur les arthrites suppurées.

ETUDES BACTÉRIOLOGIQUES. — Longtemps, on a mis en doute le rôle pyogène du bacille d'Eberth et c'est à Fränkel, en 1886, que revient l'honneur d'avoir observé le premier cas de suppuration à bacille d'Eberth, il s'agissait d'un abcès péritonéal, ce n'est qu'en 1904 que Moutard-Martin et Malloizel publièrent le premier examen bactériologique positif d'un cas de pseudo-rhumatisme éberthien. Smirnow et Veillon ont trouvé aussi le bacille d'Eberth dans le pus d'arthrites typhiques. Delanglade et Chibret ont cultivé le bacille d'Eberth après l'ensemencement du pus articulaire.

Breton et Vansteenbergh le retrouvèrent aussi dans un cas (obs. XX). Malgré ces quelques cas d'examen bactériologique positif, la recherche du bacille d'Eberth ne fournit, bien souvent, que des résultats douteux, et nombreuses sont les observations où le bacille n'a pu être décelé. Aussi, ne partagerons-nous pas l'optimisme de Robin et Leredde qui déclarent que, lorsque le diagnostic est hésitant, il « suffit de faire dans l'articulation une ponction capillaire et sur les lamelles parfois, presque toujours dans les cultures, l'agent pathogène sera mis en évidence ». Nombre de résultats ne peuvent être acceptés que sous certaines réserves et l'on ne doit pas oublier la

confusion possible entre le bacille d'Eberth et le colibacille. « Cette cause d'erreur entache un grand nombre des examens anciens et même nouveaux » (Widal).

Cette localisation du bacille d'Eberth au niveau des articulations ne doit pas nous étonner. Il est définitivement admis aujourd'hui que toute fièvre typhoïde est une septicémie, si on entend par ce terme l'envahissement du sang par les bacilles. Chantemesse et Widal, Vaillard et Vincent, Schottmüller, Castellani retrouvèrent le bacille d'Eberth dans le sang, mais c'est MM. J. Courmont et Lesieur qui, en 1902, après de nombreuses recherches couronnées de succès, eurent le mérite de montrer que, dans la majorité des cas, le bacille pénétrait dans la circulation.

S'appuyant sur ces résultats, Bezançon et Philibert reprenant la théorie humorale d'Hippocrate prétendirent que la fièvre typhoïde était avant tout une infection générale et qu'elle se localisait secondairement sur l'intestin. Les pseudo-rhumatismes seraient donc, au même titre que la dothiéntérie, une localisation secondaire de l'infection éberthienne.

EXPÉRIMENTATION. — L'*expérimentation* est venue confirmer à la fois ces théories et les recherches bactériologiques.

Sanarelli, après de nombreuses inoculations de bacilles typhiques au lapin, déclare que dans les cas aigus le lieu d'élection du bacille est sur les surfaces séreuses, en particulier pleurales et péritonéales qui le contiennent abondamment. Il n'y a pas de raison,

pensons-nous, pour que les séreuses articulaires fassent exception à cette règle.

Orloff voulant éclairer la question de l'arthrite spécifique injecta une culture de bacilles typhiques au niveau de l'articulation d'un lapin, une pyarthrose se déclara rapidement et de nombreux bacilles d'Eberth furent décelés dans le pus.

Un autre expérimentateur, Colzi, fit, cette fois dans le sang, des injections de bacilles d'Eberth en même temps qu'il luxait la hanche de l'animal. La mort survenue quarante-huit jours après, sans autre symptôme que l'amaigrissement, permettait l'examen de l'articulation; celle-ci était envahie par une abondante suppuration; le pusensemencé fournit des cultures de bacilles typhiques.

Breton et Vansteenberghre reprirent ces expériences et obtinrent les mêmes résultats, ils constatèrent de plus que dans ces arthrites expérimentales le bacille d'Eberth disparaît rapidement et que dans la plupart des préparations de pus on le trouve dégénéré, granuleux, englobé dans les phagocytes. C'est ce qui explique les examens bactériologiques négatifs de nombreux cas d'arthrite purulente. La polynucléose de l'épanchement cytologique vient confirmer l'existence de cette phagocytose précoce.

En dehors du bacille d'Eberth, on a incriminé les *infections secondaires* qui jouent aujourd'hui un rôle si important en pathologie.

Max Schüller, d'après Mauclore, aurait trouvé dans des cas d'arthrites typhiques plusieurs microbes associés, particulièrement des staphylocoques, des

streptocoques et du *citreus*. Longtemps, du reste, on a pensé que ces seuls microbes causaient les suppurations articulaires, on ignorait alors le rôle pyogène du bacille d'Eberth.

Ces infections secondaires seraient, d'après Larue, la cause principale des suppurations articulaires; nous ne partageons pas cet avis et il est probable qu'une technique plus perfectionnée, un examen précoce permettrait de déceler le bacille d'Eberth dans le pus de nombre d'arthrites typhiques.

La localisation du bacille d'Eberth sur l'articulation peut parfois n'être pas primitive et, suivant quelques auteurs, elle serait secondaire à une *ostéopériostite*, complication très fréquente de la dothiéntérie. L'inflammation se propage facilement aux épiphyses, et c'est de celles-ci qu'elle gagne l'articulation.

Une expérience de Colzi met bien en lumière cette pathogénie. Il injecta une culture de bacilles d'Eberth à un lapin après lui avoir préalablement fracturé le fémur. A l'autopsie de l'animal, mort dix jours après, on trouve au niveau de la fracture un abcès contenant de nombreux bacilles typhiques et au niveau du genou, dont la synoviale est enflammée, on recueille un liquide où l'examen et la culture décèlent la présence de l'Eberth. L'hypothèse de la propagation de l'inflammation osseuse à l'articulation se trouve ainsi vérifiée.

La pathogénie des arthrites séreuses a été moins étudiée en raison de la rareté des interventions, cependant il est logique au premier abord de les attribuer, elles aussi, au bacille d'Eberth. Rares sont cependant

les examens bactériologiques positifs et Breton n'en cite que deux où le bacille typhique fut évident.

Comment expliquer cette absence de micro-organisme ? Nombre d'hypothèses ont été émises en réponse. Le microbe, a-t-on affirmé, a tout simplement disparu phagocyté précocement, ce que semble indiquer la formule cytologique de l'épanchement (polynucléose).

On fit intervenir, de même, l'action des toxines microbiennes. L'épanchement que Charrin obtint par l'injection de bacilles pyocyaniques stérilisés au niveau d'une articulation, Breton ne put l'obtenir avec des bacilles typhiques. En supposant que l'on obtienne plus tard des résultats positifs, comment expliquerait-on l'action de ces toxines. Auraient-elles une action élective sur la synoviale, ou agiraient-elles par des perturbations au niveau des centres nerveux trophiques ?

En ce qui concerne la pathogénie de ces arthrites séreuses, nous partagerons plutôt l'opinion de MM. Breton et Vansteenberghé qui les attribuent au bacille typhique à virulence atténuée, s'appuyant du reste sur des expériences concluantes.

Alors qu'ils n'avaient pu, en effet, obtenir que des pyarthroses avec une injection de culture de bacilles ayant été soumise, pendant vingt minutes, à une température de 55 degrés et même de 60 degrés, ils obtinrent enfin un épanchement sérofibrineux par l'inoculation intrasynoviale de cultures ayant été soumises à une température de 65 degrés pendant vingt minutes. A l'examen de l'article ils constatèrent un

léger dépôt pseudo-membraneux sur les surfaces osseuses, de la congestion intense des franges synoviales et un abondant liquide séreux ne renfermant que quelques rares polynucléaires et des bacilles typhiques phagocytés. L'ensemencement resta stérile.

Dans le cas d'arthrites pyohémiques, le bacille d'Eberth peut être de même incriminé, mais il n'est pas alors le seul agent microbien causal et l'on a constaté la présence fréquente du pneumocoque, du staphylocoque et du streptocoque.

D'après ce que nous venons de voir, il résulte que tout pseudo-rhumatisme typhique reconnaît une origine éberthienne et que dans la majorité des cas l'intensité des complications articulaires est fonction de la virulence de l'Eberth.

Un bacille, dont la virulence intense s'exagère encore par la présence d'associations microbiennes, provoquera une polyarthrite suppurée grave ou une arthrite pyohémique.

Un bacille de virulence moyenne provoquera une manifestation mono ou oligo-articulaire suppurée.

Un bacille à virulence atténuée ne donnera lieu qu'à des arthrites sérofibrineuses en général sans gravité.

---

## CHAPITRE VII

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'aborder cette étude il nous faut avouer l'imperfection de nos connaissances en ce qui concerne les lésions anatomiques de l'arthrotyphus et des polyarthrites séreuses et même suppurées. Malgré l'examen de l'épanchement rendu possible par la ponction exploratrice, malgré la radiographie, nos moyens d'investigation sont très limités. Seules les grandes arthrites suppurées et l'arthrite pyohémique ont pu être l'objet d'une étude approfondie à la suite d'autopsies plus fréquentes.

Dans les cas d'arthrotyphus et de polyarthrites séreuses qui cliniquement se révèlent comme une poussée de rhumatisme articulaire aigu, il est de toute probabilité que les lésions sont analogues à celles des arthrites rhumatismales.

Il existe un épanchement intra-articulaire dont les caractères sont très variables. Dans un cas de Schneider (d'Oran), une ponction évacua un liquide louche contenant d'assez rares globules rouges et des gouttelettes huileuses. Dans la plupart des cas, cependant, d'après Breton et Vansteenberghé, le liquide est clair, séro-

fibrineux, il possède une formule cytologique spéciale (polynucléose) et renferme exceptionnellement du bacille d'Eberth pur.

La congestion de la synoviale a été signalée par quelques auteurs mais celle-ci est très difficile à reconnaître à l'autopsie. Dans certains cas l'articulation a pu paraître intacte « cliniquement » mais rien ne prouve que les cartilages articulaires et la synoviale n'aient pas été lésés histologiquement.

Dans les arthrites expérimentales sérofibrineuses réalisées par Breton et Vansteenberghé, ces auteurs ont trouvé un léger dépôt pseudo-membraneux sur les surfaces osseuses, une congestion des franges synoviales et un abondant liquide séreux ne renfermant que de rares polynucléaires et des bacilles phagocytés.

Plus importantes et moins fugaces sont les lésions dans les cas d'arthrites suppurées. Ce sont celles-ci qui toujours d'après Hüter et Weil, sont la cause des luxations spontanées. Küner cependant, cité par Bertein, ne trouva un épanchement suppuré initial que 3 fois sur 29 observations de luxations.

Quoi qu'il en soit, sous l'influence de l'épanchement, le manchon formé par la capsule et les ligaments se distend considérablement et devient ainsi en même temps qu'une des causes de la luxation un obstacle à sa réduction en s'intercalant entre les surfaces articulaires. Nous avons vu, en étudiant les luxations spontanées, que Sainton faisait intervenir dans ces cas le *ramollissement du fibrocartilage* du bourrelet glénoïdien; celui-ci, cependant, n'a pu être constaté anatomiquement à l'autopsie. Cependant, de Gauléjac, à la

suite d'expérimentation sur le lapin, a noté dans les cas d'arthrite avec luxation une inflammation et des déformations de ce fibrocartilage.

Degez, dans de nombreux cas de luxations subites consécutives aux maladies aiguës, a relevé, au niveau des surfaces articulaires, des érosions plus ou moins nettes, des résorptions plus ou moins étendues de cartilages; cependant elles n'ont pas été signalées dans les cas d'arthrites typhiques. Dans un cas rapporté par Larue, la radiographie a révélé des déformations osseuses, entre autres l'augmentation de volume des épiphyses.

---

## CHAPITRE VIII

### ÉTIOLOGIE

Les complications articulaires survenant au cours de la dothiénenterie se rattachent toutes, comme nous l'avons établi, à l'infection éberthienne, mais nous devons rechercher quelles sont les circonstances favorisant cette localisation articulaire, quelles sont, en un mot, les conditions de terrain et de milieu.

1° Le *froid* fut incriminé par Ollier, qui voyait dans les arthrites secondaires aux pyrexies « le résultat de la sensibilité au froid que présentent les convalescents en général, anémiés par une maladie antérieure et par une diète prolongée ». C'est cette théorie d'Ollier qui permit à de nombreux cliniciens d'incriminer les bains froids. Or, l'observation a prouvé que, depuis l'emploi systématique de la méthode de Brand, on n'a nullement constaté l'augmentation des cas de pseudo-rhumatisme mais de plus, que lorsque ceux-ci étaient préalablement apparus, les bains froids avaient amené une sensible amélioration (Bouveret et Tripier). Nous n'accorderons au froid qu'un rôle tout à fait minime sinon nul.

2° L'*âge* a paru de même jouer un rôle important. Keen le signala le premier et établit, sur une moyenne

de 43 cas, que ce sont les individus ayant dix-huit ans environ qui sont le plus souvent atteints. Il est, en effet, un fait incontestable, c'est que ces manifestations articulaires, d'origine typhique, ne se rencontrent, à part quelques exceptions, que chez les jeunes gens entre dix et trente ans.

On vit dans la *persistance de l'activité épiphysaire* la cause de cette prédilection du pseudo-rhumatisme typhique pour la jeunesse, mais cette étiologie ne peut être invoquée dans nombre d'observations.

Keen et P. Bazin ont voulu voir aussi dans le *sexe masculin* une prédisposition ; Keen établit que dans 75 pour 100 des cas les arthropathies survenaient chez des jeunes hommes ; P. Bazin éleva cette proportion à 80 pour 100.

M. Lesieur, dans deux cas d'arthrotyphus, constate l'*existence antérieure de rhumatisme articulaire* et en avait conclu à une prédisposition causée par ces attaques antérieures, mais dans les deux observations de M. Savy on cherche en vain ces antécédents rhumatismaux.

L'*arthritisme* fut de même incriminé, d'autres auteurs firent intervenir les *manifestations scrofuleuses*, ainsi nous voyons qu'il est difficile d'affirmer une prédisposition évidente et que nous ne devons pas, suivant toute probabilité, nous attacher à rechercher une cause unique et que celle-ci doit varier avec chaque sujet.

Il est cependant vraisemblable que des lésions ou des troubles trophiques, passant même inaperçus au clinicien, peuvent être un point d'appel pour l'infection,

un *locus minoris resistentiæ*. Larue, en faveur de cette hypothèse, rapporte une observation où est bien mise en valeur cette prédisposition causée par un *traumatisme antérieur*.

Il s'agit d'un jeune homme qui, dans une chute sur l'épaule, se luxa la clavicule; un an après, au cours d'une fièvre typhoïde, son épaule fut le siège d'une arthrite.

Dans une autre observation, parue dans la thèse de Bonnet, en 1878, il s'agit d'une arthrite typhique se localisant au niveau du coude, cette articulation, cinq années auparavant, avait été réséquée à la suite d'une affection osseuse.

Ainsi, nous le voyons, rien n'est évident dans l'étiologie des pseudo-rhumatismes typhiques. A part quelques cas de traumatisme antérieur, rien n'appelle particulièrement la localisation du bacille d'Eberth sur les articulations.

---

## CHAPITRE IX

### PRONOSTIC

Le pronostic des pseudo-rhumatismes typhiques est, comme leurs formes cliniques, éminemment variable ; nous avons pu nous en rendre compte en parcourant les différentes observations que nous avons rapportées dans ce travail. C'est pourquoi nous ne pouvons formuler un pronostic d'ensemble et nous sommes obligé d'envisager chaque forme clinique en particulier.

L'arthrotyphus ne semble pas assombrir le pronostic de la fièvre typhoïde et un seul cas, celui de MM. Barjon et Lesieur, s'est terminé par la mort.

Les arthrites séreuses survenant au cours ou pendant la convalescence de la dothiéntérie, de même que les arthrites suppurées n'ont pas une influence manifeste sur le pronostic *quo ad vitam*. La mortalité n'est guère plus élevée que celle de la fièvre typhoïde en général mais au point de vue fonctionnel du membre nous ne partagerons pas l'optimisme de Keen déclarant que les articulations reprennent progressivement leur état anatomique et leur fonctionnement normaux. Mettant à part les attitudes vicieuses et les atrophies

musculaires très accusées, nous avons vu en effet que l'ankylose et la luxation ne sont pas rares et que la réduction n'est pas toujours possible.

Il faut de plus remarquer que dans ces cas, ce sont surtout les grandes articulations et particulièrement la hanche qui sont prises, d'où une gêne très accentuée et, dans les cas plus graves, une impotence fonctionnelle complète qui peuvent porter grand préjudice au malade.

Les arthrites suppurées, en dehors des ankyloses et des luxations spontanées, peuvent aussi se compliquer d'abcès périarticulaires, de synovites suppurées qui deviennent parfois le foyer d'infections secondaires.

---

## CHAPITRE X

### TRAITEMENT

Le traitement, lorsqu'il s'agit de l'arthrotyphus et des formes séreuses, sans tendance à la suppuration, sera essentiellement médical et symptomatique. Quelle est l'action des médicaments rhumatismaux ?

Le *salicylate de soude*, nous l'avons vu, a une action très limitée dans ces cas ; il apporte cependant quelque soulagement à la douleur. De plus, son action antiseptique n'est pas à dédaigner. Il ne faut cependant pas oublier son action sur les reins. Or, dans les cas de fièvre typhoïde, les lésions rénales ne sont pas rares. Aussi nous conseillons de ne le donner qu'à doses très faibles et fractionnées. Nous ne dépasserons pas la dose quotidienne de 1 gramme à prendre par paquets de 25 centigrammes, à raison de quatre par vingt-quatre heures. L'aspirine, l'antipyrine pourront eux aussi amener la sédation des douleurs, mais nous l'emploierons à doses faibles, car nous ne devons pas oublier que nous avons affaire à une intoxication et que les émonctoires sont parfois atteints.

Le traitement local consistera en l'immobilisation en bonne position des membres malades, en des enveloppements ouatés compressifs. Les revulsifs, la teinture d'iode en particulier pourront être employés. On surveillera avec grand soin les moindres plaies, on évitera soigneusement la formation d'escarres, portes d'entrée pour la pyohémie.

La *balnéation* sera d'un grand secours; cependant, il faudra l'employer avec grande prudence.

Souvent l'impotence du malade, les douleurs violentes que causent le moindre déplacement, s'opposent à son emploi. Nombre d'auteurs ont voulu voir dans les phénomènes articulaires une contre-indication : Bouveret et Tripier ont obtenu, cependant, d'excellents résultats dans les cas de rhumatisme cérébral. Souvent, il est vrai, les douleurs sont exacerbées par les bains froids; aussi conseillerons-nous, avec ces auteurs, d'élever légèrement la température des bains et de diminuer leur durée.

Trois bains de dix minutes par jour à la température de 28 à 30 degrés seront suffisants (M. Savy).

Dans les cas d'arthrites séreuses à grands épanchements, la *ponction* peut amener une amélioration; nous emploierons plus rarement l'*arthrotomie*, malgré les conseils de Maucclair qui en fait le procédé de choix, permettant le seul nettoyage sûr et complet de l'article.

Dans ce cas, on évacue les fausses membranes, on détruit les adhérences, on badigeonne l'intérieur de l'article à l'aide d'une solution de chlorure de zinc au dixième, et on draine ensuite largement. Lorsque les drains sont enlevés, la mobilisation est mise en œuvre.

Cependant, lorsque cette luxation spontanée est établie, quelle est la conduite à suivre ?

On tentera d'abord la réduction immédiate par les méthodes usuelles, et le succès en sera d'autant plus assuré que l'intervention aura été précoce.

Dans les cas de luxation ancienne, le pronostic est plus grave. La tête fémorale reste difficilement en place, et parfois toute réduction est impossible. Dans ces cas seulement, on aura recours à la *réduction sanglante*, mais seulement lorsque les phénomènes aigus se seront amendés. Dans les cas d'insuccès, Vautrin (de Nancy) conseille la *résection* de la hanche à laquelle il a recours « toutes les fois que la luxation s'oppose à la marche du patient ou à la station debout sans canne et sans béquille ».

Si l'accident n'est pas trop ancien, la résection de la tête fémorale seule sera nécessaire.

Dans les cas où le sujet est affaibli et où une ankylose s'est déjà établie, Gross et Bertein préconisent l'*ostéotomie sous-trochantérienne*.

---



## CONCLUSIONS

---

I. — Les arthrites typhiques présentent plusieurs formes dont les caractères cliniques, l'évolution et le pronostic sont très différents.

*a)* Une polyarthrite séreuse subaiguë sans gravité; son tableau clinique est très voisin de celui du rhumatisme articulaire aigu.

*b)* Une monoarthrite dont l'évolution est très variable; parfois séreuse, elle peut devenir purulente et, dans les deux cas, peut se compliquer d'ankylose ou de luxation spontanée. Son siège de prédilection est la hanche.

*c)* Une polyarthrite ou une monoarthrite suppurée ou pyohémique, très grave; elle n'est le plus souvent qu'une localisation de l'infection purulente dont le pronostic est fatal.

II. — La polyarthrite séreuse se présente à différents stades de la fièvre typhoïde.

*a)* Au début, elle prend alors le nom d'arthrotyphus.

b) Au cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.

III. — Le diagnostic est surtout difficile au début (arthrotyphus), lorsque le rhumatisme constitue le symptôme initial, et sa véritable nature ne peut être décelée qu'au bout de quelques jours, d'une part, par la persistance des symptômes généraux, malgré le traitement salicylé, d'autre part, par l'apparition des signes positifs de la fièvre typhoïde (signes cliniques, hémoculture).

IV. — Les examens bactériologiques de l'épanchement articulaire et l'expérimentation ont prouvé que le bacille d'Eberth pouvait créer, à lui seul, des arthrites séreuses, parfois même purulentes. Ces dernières sont souvent dues à des associations microbiennes.

V. — Il n'y a pas de causes évidentes expliquant les localisations articulaires au cours de la dothiérien-térie.

Le malade peut, en particulier, n'avoir jamais présenté antérieurement de rhumatisme et n'avoir pas été traité par les bains froids.

VI. — Dans les arthrites séreuses, le pronostic est en général bénin ; il est au contraire grave dans les arthrites purulentes. La vie du malade peut le plus souvent ne pas être en danger, mais les troubles fonctionnels sont importants.

VII. — A propos du traitement des formes séreuses, la question se pose :

1<sup>o</sup> De l'utilité de la médication salicylée. Le salicylate peut être donné ; son action antiseptique sera utile, mais il sera employé à faibles doses ;

2<sup>o</sup> De l'opportunité des bains froids.

Toutes les fois que la mobilisation du malade sera possible, on peut avoir recours aux bains tièdes.

*Vu :*

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

*Vu :*

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

J. COURMONT.

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 4 décembre 1913.

Pour le Recteur et par délégation :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

L. JOSSERAND.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- BARJON et LESIEUR, Septicémie éberthienne à forme d'arthrotyphus (*Journ. de Physiol. et Path. gén.*, 1901, p. 251).
- BARTH, Absès multiples et arthrite suppurée du coude au cours d'une fièvre typhoïde (*Bull. Soc. Anat.*, 1853).
- BAZIN (E.), *Recherches sur les lésions du poumon considérées dans les affections morbides dites essentielles* (thèse de Paris, 1834).
- BAZIN (P.), *Contribution à l'étude des arthrites dans la fièvre typhoïde* (thèse de Paris, 1883).
- BECK, *Suppurative arthritis caused by the typhoid bacillus*, Montréal, 1894.
- BERTEIN, les Luxations spontanées vraies dans la tuberculose articulaire et dans les arthrites en général (*Arch. de Chir. gén.*, 25 octobre 1913).
- BEZANÇON et PHILIBERT, les Formes extra-intestinales de l'infection éberthienne (*Journ. de Phys. et Path. gén.*, janvier 1904).
- BONNET, *Considérations sur quelques cas d'arthrite à la suite de la fièvre typhoïde* (thèse de Paris, 1878).
- BOSNIÈRES, *Contribution à l'étude des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde* (thèse de Paris, 1890).
- BOUILLAUD, *Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu*, Paris, 1841.
- BOURCY, *Déterminations articulaires des maladies infectieuses* (thèse de Paris, 1882-83).
- BOUVERET et TRIPIER, *la Fièvre typhoïde traitée par les bains froids*, Paris, 1886.
- BRETON et VANSTEENBERGHE, les Arthrites typhiques (*Province médicale*, 18 novembre 1905).

- BROUARDEL et THOINOT, Fièvre typhoïde (*Nouveau Traité de médecine Brouardel et Gilbert*, fasc. III, Paris, 1905).
- BURR, Spontaneous dislocation of hip joint complicating typhoid fever (*Chicago Med. Recorder*, 1899, p. 139).
- BUSSARD, *De la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde* (thèse de Paris, 1900-01).
- CAPELLE, Considérations sur la luxation de la tête du fémur dans le cours de la fièvre typhoïde (*Journ. de Méd. et Chir. de Bruxelles*, 1861).
- COLZI, *lo Sperimentale*, 1890.
- COURCENET, *Complications de la fièvre typhoïde* (thèse de Paris, 1883).
- DAGA, Rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Nancy, 1878 (*Arch. de Méd. et Pharm. militaires*, 1882, p. 255).
- DANLOS, Fièvre typhoïde anormale (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1887).
- DEGEZ, *les Luxations subites consécutives aux maladies aiguës* (thèse de Paris, 1898).
- DEVIC et TROUILLEUR, Deux cas mortels de fièvre typhoïde consécutifs à un rhumatisme articulaire aigu (*Rev. de Méd.*, 1908, p. 878).
- ETIENNE, Luxation de la hanche dans un cas de fièvre typhoïde (*Rev. méd. de l'Est*, 1900, p. 763).
- FENWICK, Cases of acute rheumatism (*St-Georges Hosp. Reports*, 1877).
- FEODOSYEFF, Ob oslorhnenii bryushnavo tifa vospalieneni statow. Fièvre typhoïde compliquée d'inflammation des articulations (*Meditsina. Saint-Petersbourg*, 1895, p. 174).
- FLORANGE, *Des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde chez l'enfant* (thèse de Paris, 1901-02).
- FOUQUE, *Du pseudo-rhumatisme dans la fièvre typhoïde* (thèse de Paris, 1884-85).
- FREYHAN, Ueber Gelenkaffectionen beim Typhus (*Berlin. klinik.*, 1891, 42 Heft).
- GAILLARD, Cas de fièvre typhoïde chez des rhumatisants (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1906, p. 1089).

- GANDY, *De la mort par infection purulente dans la fièvre typhoïde* (thèse de Paris, 1880).
- GRIESINGER, *Traité des maladies infectieuses*. Trad. et annot. de Vallin (Paris, 1877).
- HENRY, Arthritis following typhoid fever (*Med. News Philadelphia*, 1891, p. 653).
- JAUGEY, Contribution à l'étude de la luxation spontanée de la hanche dans la fièvre typhoïde (*Journ. de Méd. int.*, Paris, 1894).
- KEEN (W.), On the surgical complications and sequels of the continued fever (*Toner lect. Smithsonian Institution*, avril 1877. Washington).
- LAPERSONNE (DE), *les Arthrites infectieuses non tuberculeuses* (thèse d'agrégation de Paris, 1885-86).
- LARUE, *Des manifestations articulaires de la fièvre typhoïde* (thèse de Nancy, 1910-11).
- LAVERAN, Contagion de la fièvre typhoïde (*Arch. de Méd. et Pharm. militaires*, 1884, p. 145).
- LECLERCQ, *Différentes maladies acquises précédant ou accompagnant la fièvre typhoïde* (thèse de Paris, 1885-1886).
- LECLERC, Sur une observation de luxation pathologique de la hanche dans la convalescence d'une fièvre typhoïde (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, décembre 1890).
- LEMOINE, Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde (*Revue d'Hygiène*, 1892).
- LESIEUR, Un nouveau cas d'arthrotyphus (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1903, p. 403).
- MEISENBACH, Bone and joint affections during and after typhoid fever (*Med. Fortnightly St-Louis*, 1893, p. 71).
- MARFAN, les Pseudo-rhumatismes infectieux (*Gazette des Hôpitaux*, 1888, p. 181).
- MAUCLAIRE, Des arthrites suppurées dans les principales maladies infectieuses (*Archives générales de médecine*, mars 1895).
- Synovites et arthrites infectieuses rhumatoïdes (*Traité de Chirurgie de Ledentu et Delbet*, t. VII, 1909).

- MOUTARD-MARTIN et MALLOIZEL, Un cas de pseudo-rhumatisme éberthien (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, mars 1904).
- ORLOFF, Etiologii nagnojenij ossloschniajustich briuschnoftif, etc. (*Wratsch*, 1890, n<sup>os</sup> 4, 5 et 6 ; anal. in *Centralbl. f. Bakter.*, 1890, p. 366).
- PADIEU, Coexistence d'un rhumatisme articulaire aigu avec la fièvre typhoïde (*Société médicale d'Amiens*, 7 octobre 1885 ; compte rendu in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 11 décembre 1885).
- PEL, Ueber die Coincidenz von Polyarthrits rheumatica acuta mit abdominal Typhus (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 21 avril 1902).
- POTIER, Etude sur les complications pseudo-rhumatismales de la fièvre typhoïde (*Revue des maladies de l'enfance*, mai 1894).
- RICHON, Luxation spontanée coxo-fémorale au cours d'une fièvre typhoïde (*Revue médicale de l'Est*, 1901, p. 502).
- ROBIN (A.), Considérations sur un cas de fièvre typhoïde compliquée d'arthrite purulente (*Gazette médicale de Paris*, 1881).
- ROBIN et LEREDDE, les Arthropathies et l'état typhoïde (*Archives générales de médecine*, 1894, II, p. 257).
- SAVY et BOUCHUT, Deux observations d'arthro-typhus (*Lyon médical*, 23 février 1913).
- SCHNEIDER (G.), Deux cas de localisation secondaire du bacille d'Eberth (*Presse médicale*, 23 juillet 1898).
- SIVEKING, A case of acute rheumatism followed by typhoid fever (*Med. Times*, 1879).
- SPILLMANN et GANZINOTTY, Rhumatisme articulaire aigu et fièvre typhoïde associés (*Revue de médecine*, 1886, p. 868).
- VAUTRIN, Traitement de la luxation coxo-fémorale d'origine typhique (*Revue médicale de l'Est*, 1901, p. 504).
- WAGNER, Zur Kenntniss des abdominal Typhus (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, vol. XXXVII, p. 301).
- WIDAL (F.), Pseudo-rhumatisme infectieux (*Nouveau Traité de*

*médecine Brouardel et Gilbert*, fasc. VIII, Paris, 1905).

WIDAL et DIGNE, Cas de contagion hospitalière de la fièvre typhoïde (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1906).

WILSON, Joint infection in typhoid fever (*Tr. Am. Orthop. Ass. Philadelphie*, 1899, p. 223).

WITZEL, *Die Gelenk und Knochenentzündungen in akuten infectiosen Erkrankungen*, Bonn, 1890.

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| CHAPITRE PREMIER. — Introduction . . . . .                               | 9  |
| CHAPITRE II. — Historique . . . . .                                      | 12 |
| CHAPITRE III. — Classification . . . . .                                 | 15 |
| CHAPITRE IV. — Formes cliniques . . . . .                                | 18 |
| A. — Arthrites séreuses . . . . .                                        | 19 |
| a) Survenant au début. — Arthrotypus . . . . .                           | 20 |
| b) Survenant au cours ou pendant la convalescence . . . . .              | 38 |
| c) Survenant avant la dothiéntérie. — Contagion<br>hospitalière. . . . . | 42 |
| B. — Monoarthrite . . . . .                                              | 52 |
| C. — Polyarthrites suppurées et pyohémiques . . . . .                    | 58 |
| CHAPITRE V. — Diagnostic . . . . .                                       | 63 |
| CHAPITRE VI. — Pathogénie . . . . .                                      | 68 |
| CHAPITRE VII. — Anatomie pathologique . . . . .                          | 75 |
| CHAPITRE VIII. — Etiologie . . . . .                                     | 78 |
| CHAPITRE IX. — Pronostic . . . . .                                       | 81 |
| CHAPITRE X. — Traitement . . . . .                                       | 83 |
| CONCLUSIONS . . . . .                                                    | 87 |
| BIBLIOGRAPHIE . . . . .                                                  | 91 |



